



Senter for
omsorgsforskning
S Ø R

OMSORGSTJENESTENS MANGE MELLOMMENNESKELIGE MØTER

- en kartleggingsstudie i fem regioner om omsorgstjenestens
møte med mennesker med innvandrerbakgrunn



PER GUNNAR DISCH OG HALVOR FAUSKE



UNIVERSITETET I AGDER

Rapport nr. 1 / 2011



Høgskolen i Telemark

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven, eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorganisasjon for rettighetshavere til åndsverk

Omsorgstjenestens mange mellommenneskelige møter

**- en kartleggingsstudie i fem regioner om
omsorgstjenestens møte med mennesker med
innvandrerbakgrunn**

Per Gunnar Disch og Halvor Fauske

Senter for omsorgsforskning Sør

Forord

Senter for omsorgsforskning Sør gjennomførte i 2009, på oppdrag fra Helse og omsorgsdepartementet en landsomfattende studie med henblikk på å kartlegge status i det kommunale omsorgsplanarbeidet. Formålet med studien var å belyse hvordan framtida for omsorgstjenestene ser ut på tegnebrettet i kommune-Norge og ut fra dette bidra til statlig, regional og kommunal politikkutforming på området. Studien avdekket at det hersker usikkerhet omkring omsorgstjenestens møte/framtidige møte med mennesker med innvandrerbakgrunn både med hensyn kunnskapsutvikling og tjenesteutøvelse.

Senter for omsorgsforskning Sør tok derfor i desember kontakt med Helsedirektoratet for å se på muligheten for å følge opp dette temaet med en avgrenset studie i Senter for omsorgsforskning Sør sitt nedslagsfelt: Vest-Agder, Aust-Agder, Vestfold og Buskerud.

Helsedirektoratet har på bakgrunn av denne henvendelsen bevilget midler til studien og er oppdragsgiver for dette prosjektet. Formålet med studien er å få fram data som kan danne grunnlag for videre planlegging og kunnskapsutvikling om temaet i de ulike kommunene og regionene som er en del av studien.

Det er grunn til å tro at denne studien også vil være relevant for andre regioner i landet.

Dette er en hovedrapport til prosjektets oppdragsgiver Helsedirektoratet. Hovedvekten i rapporten ligger på å framstille hovedtrekk i det datamaterialet som er samlet inn fra kommunene og data fra intervjuene med de regionale utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester. Prosjektet vil ved en senere anledning bli utdypet og analysert nærmere i artikkelform.

Studien er gjennomført av Senter for omsorgsforskning Sør. Sosiolog Per Gunnar Disch har vært prosjektleder. Professor Halvor Fauske har bidratt som prosjektmedarbeider i rapporteringsfasen. Ellinor Yddal fra Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold, Marit Skråstad fra utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Telemark og Leni Klakegg fra utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Vest-Agder har deltatt som prosjektmedarbeidere. Prosjektmedarbeiderne fra utviklingssentrene har bidratt i utvikling av spørreskjema, intervjuguide og har gjennomført og bearbeidet data fra alle intervjuene med de regionale utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i de aktuelle fylkene.

Ingeniør/statistiker Martin Veel Svendsen ved Sykehuset Telemark HF har bistått i datainnsamlingen og analysearbeid på den kvantitative delen av prosjektet.

Rapporten er i all hovedsak skrevet av Per Gunnar Disch. Halvor Fauske har hatt ansvaret for kapittel to.

Prosjektleder vil rette en takk til alle respondentene i undersøkelsen for arbeidet med utfylling av spørreskjemaet og bidrag til intervjuene. Prosjektet er gjennomført i henhold til de retningslinjer datatilsynet har for denne type undersøkelser.

Senter for Omsorgsforskning Sør

1. juni 2011

Per Gunnar Disch

Prosjektleder

Sammendrag

Senter for omsorgsforskning Sør gjennomførte i 2009, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, en landsomfattende studie med henblikk på å kartlegge status i det kommunale omsorgsplanarbeidet. Formålet med studien var å belyse hvordan framtida for omsorgstjenestene ser ut på ”tegnebrettet” i kommune Norge, og ut fra dette bidra til statlig, regional og kommunal politikktutforming på området. Studien avdekket bl.a. at det hersker usikkerhet omkring omsorgstjenestens møte/framtidige møte med mennesker med minoritetsbakgrunn både med hensyn kunnskapsutvikling og organisering.

Senter for omsorgsforskning Sør tok derfor i desember kontakt med helsedirektoratet for å se på muligheten for å følge opp dette temaet med en avgrenset studie i Senter for omsorgsforskning - Sør sitt nedslagsfelt: Vest-Agder, Aust-Agder, Telemark, Vestfold og Buskerud. Helsedirektoratet har på bakgrunn av denne henvendelsen finansiert studien og er oppdragsgiver.

Formålet med denne kartleggingen er å undersøke hvilke erfaringer omsorgstjenesten har og i hvilken grad, den kommunale omsorgstjenesten forbereder seg på et større kulturelt mangfold. Et viktig formål er også å kartlegge behov for kunnskap og ideer i utviklingen av omsorgstjeneste til disse brukergruppene. Studien setter også fokus på utviklingssentrene, for sykehjem og hjemmetjenester som kunnskapsformidlere om temaet. Data fra kartleggingen vil også være relevante for videre kommunal planlegging for kommunene i regionen.

Formålet med studien er formulert slik:

- Hvordan møter kommunen etterspørselen etter omsorgstjenester blant brukere med innvandrerbakgrunn, og hvordan planlegger kommunene å møte denne etterspørselen i framtida?
- Hvilken kompetanse, kunnskap, tjenesteutvikling eller andre grep er nødvendig i kommunene for å møte behovet for omsorgstjenester blant innvandrere, og i hvilken grad er dette dekket i dag?

Ut fra prosjektets formål har vi formulert fem tema for kartleggingen, som bygger videre på de tema som framkommer i St. meld. 25. (2005 – 2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer. g NOVA rapport: ”Omsorgstjenester med mangfold” (Ingebretsen og Romøren 9/2005)) Sistnevne fordi denne danner grunnlaget for det som er formulert om temaet i St. melding 25.

- Å gi en oversikt over kompetanse og behov for kompetanse.
- Å gi en oversikt over hvordan tjenestetilbudet blir kommunisert.
- Å gi et bilde av hvordan enhetene arbeider med den daglige omsorgen i forhold til brukergruppa.
- Å kartlegge i hvilken grad kommunene anvender tolk.
- Å drøfte nærmere utviklingssentrenes nåværende og framtidig rolle som kunnskapsbaser for kommunene i utvikling av kvalitativt gode omsorgstilbud for mennesker med innvandrerbakgrunn.

I rapportens kapittel to beskrives temaet: Å være gammel i det moderne samfunn.

Innvandrere fra sør som kommer til vestlige land, vil oppleve at alderdommen er institusjonalisert på en annen måte enn de er vant med. Den yngre generasjons forpliktelser overfor den eldre generasjon formalisert gjennom finansiering av ytelser og tjenester.

Riktignok er en del ytelser knyttet til familieomsorg, men i all hovedsak er eldreomsorgen det som kan kalles indirekte, dvs. hoveddelen av den yngre generasjonens omsorg skjer via skatteseddelen. I forhold til samfunn med mer familiebasert omsorg, vil den vestlige verdens omsorgssystem kunne virke upersonlig. Det er selvfølgelig variasjoner også i omsorgspraksis i den vestlige verden, og en god del av omsorgen er familiebasert. Både relasjonen mellom generasjonene og generasjonsvekslingen er forskjellig fra det mange er vant til. Den eldre generasjon har en annen status og makt i de vestlige samfunn enn i samfunn hvor mange av innvandrerne har sine erfaringer fra. At “generasjon i midten” har en så sentral posisjon i den vestlige verden, medfører også at de eldre ikke har så stor betydning. Dette har også å gjøre med dynamikken i samfunnsendringene. Et samfunn som endrer seg raskt, vil også være et samfunn der den eldre generasjons erfaringer blir mindre verdt siden den yngre generasjon møter et samfunn med andre utfordringer enn hva tidligere generasjoner gjorde. I innvandrerfamilier vil dette også komme konkret til uttrykk i relasjonene mellom barn og foreldre der det kan oppleves som om barna distanserer seg fra foreldrenes tradisjoner. Hvilke belastninger selv migrasjonen påfører innvandrerne er det en viss uenighet om, men det er rimelig å regne med mange er uforberedt på hvordan det er å bli gammel i det nye landet.

Kapittel tre gir en statistisk oversikt over innvandrergruppene og deres alderssammensetning i regionene Vest-Agder, Aust-Agder, Telemark, Vestfold og Buskerud.

Ser vi på fordelingen av innvandrerbefolkningen mellom kommunene i regionen finner vi et tydelig mønster. Store kommuner med nabokommuner bosetter de fleste av innvandrergruppene. Her finner vi også de største konsentrasjonene av personer over 67 år. Likevel er det grunn til å være oppmerksom på at flere landkommuner har en relativt høy andel med innvandrere sett i forhold til befolkningen i kommunen.

Kapittel fire er rapportens metodekapittel. Våren 2011 ble det sendt et elektronisk spørreskjema til 470 respondenter i 83 kommuner. Respondentene er pleie og omsorgssjefer/kommunalsjefer, enhetsledere i hjemmetjeneste og sykehjem. Pr. 1. april har vi fått svar fra 239 som gir en svarprosent på 51. Respondentene fordeler seg på 61 av 83 kommuner noe som gir en svarprosent for alle kommunene på 73. Svarprosenten er noe lav på individnivå, men er tilfredsstillende ved at 71 av kommunene har deltatt med svar.

Tema for kapittel fem er kompetanse og kompetansebehov i møte/framtidig møte med mennesker med innvandrerbakgrunn. 5 % av respondentene oppgir at kommunen har meget god kompetanse på området, 48 % oppgir noe kompetanse mens 38 % sier at kommunen har liten eller ingen kompetanse på området. Ser vi disse dataene i forhold til kommunistørrelse finner vi at det er kommuner over 5000 innbyggere som i all hovedsak opplever at de har noe kompetanse på området. Dette kan igjen ha sin årsak i at innvandrerbefolkningen bosetter seg i større kommuner. I utvalget finner vi også noen mindre kommuner som mener de har noe kompetanse. Dette er kommuner som har/ har hatt asylmottak i kommunen, noe som kan ha gitt erfaringer og kunnskap på området. Vi finner ingen forskjell mellom svargiverne fra hjemmetjeneste og institusjon.

Mer kunnskap om kultur, mat religion og sykdomsbilder er det flertallet oppgir som viktig. Hvordan forholde seg til demens og psykiske lidelser følger tett på som et kompetanseområde. Pleie ved livets slutt følger deretter.

Et flertall av respondentene kunne tenke seg et utdanningstilbud i regi av utviklingssentrene på dette området. Et mindre tall ønsker videreutdanning på høgsolenivå om temaet.

Det lokale flyktningsmottaket syntes å være den viktigste kilden til informasjon og veiledning for omsorgspersonell i kommunene ved behov. Deretter følger en kollega med innvandrerbakgrunn, pårørende og så NAV. Undersøkelsen viser, gjennom kommentarer, at

også NAV trenger mer kompetanse på dette området i arbeidet med å bli en god rådgiver overfor kommunen om disse temaene. Samhandling med NAV er mer utbredt i større kommuner enn i mindre.

Det er grunn til å merke seg at 33 % av respondentene oppgir at de ville søke råd hos en kollega med innvandrerbakgrunn i slike saker. Dette kan ha sin årsak i at 2/3 av svargiverne har kolleger med innvandrerbakgrunn. Spesielt er dette i større kommuner.

Kapittel seks omhandler Informasjon og formidling av tjenestetilbudet. Vi spurte pleie og omsorgssjefene/kommunalsjefene i utvalget om det er utarbeidet informasjon om omsorgstjenesten på ulike språk i kommunen. 3 av 42 varer at de har utarbeidet informasjonsmateriell på ulike språk. 35 svarer nei på dette og 4 er usikre.

Data viser at, flykningtjenesten, bestillerenheten og fastlegen utgjør de viktigste kanalene for informasjon om tjenestetilbudet. Det betyr at tjenestetilbudet som oftest gjøres kjent gjennom "vanlige" kanaler. Ser vi disse dataene opp mot kommunestørrelsen finner vi at bestillerenheten er viktigst i de store kommunene. I små kommunene er flykningtjenesten, fastlegen og kommunale nettsider de viktigste formidlerne. Det er grunn til å tro at denne informasjonen er mye basert på muntlig informasjon og skjer i stor grad på arenaer som er oppsøkt ved egen henvendelse, eller ved henvendelse til den kommunale administrasjon ved bestillerkontoret. Dette er også identisk med de funn som Ingebretsen og Romøren gjorde i sin studie i 2005. Det som skiller seg ut fra disse funnene er at kommunens nettsider er blitt viktigere for informasjon. De kommunale nettsidene er stort sett utformet på norsk og det kreves derfor norsk kunnskaper for å ta seg fram her. Flykningtjenesten står som en viktig informant som formidler av informasjon, spesielt i mindre kommuner. Flykningtjenesten syntes å være en viktig samarbeider for den kommunale omsorgstjenesten i kommunen, både når det gjelder rådgivning og informasjon om omsorgstilbud. Da finnes ingen tydelig informasjonsstrategi i kommunene i utvalgt på informasjon til innvandrergruppene om omsorgstjenester.

Bruk av tolk er tema i kapittel sju. Data viser over halvparten av respondentene, 54 % anvender autorisert tolk. 20 % sier de anvender ansatte med innvandrerbakgrunn som tolk mens 19 % oppgir personer i nære relasjoner. Ser vi dette i forhold til kommunestørrelsen finner vi at store kommuner over 5000 innbyggere anvender i større grad enn mindre kommuner autorisert tolk. Det er grunn til å tro, på bakgrunn av mangel på kvalifiserte tolker, anvender en ofte det som er lettest tilgjengelig ved å bruke ansatte med innvandrerbakgrunn, familie/venner som oversettere eller å kommunisere med pasienten så godt som mulig. Flere respondenter oppgir også at de mangler på kunnskap om hvordan en anvender tolk og tolketjenester.

Av pleie og omsorgssjefene som svarte finner vi at 36 % sier at de budsjetterer med bruk av tolk mens 44 % sier nei. Det er grunn til å tro – om en ser hele regionen – 83 kommuner under ett at det ikke er et flertall som budsjetterer med bruk av autorisert tolk inn i omsorgstjenestene. Ser vi dette i forhold til kommunestørrelse finner vi en liten tendens til at det er kommuner over 20000 innbyggere som budsjetterer. Data viser at det er behov for opplæring blant omsorgspersonell i bruk av tolk og tolketjenester.

I rapportens kapittel 8 er det daglige arbeidet i kommunen tema. 78 % av respondentene oppgir at de har medarbeidere med innvandrerbakgrunn. Tidligere data i undersøkelsen viser at ansatte med innvandrerbakgrunn brukes nokså aktivt som viktige kunnskapsbærere i omsorgstjenesten i forhold til informasjonsformidling til brukere med innvandrerbakgrunn. Ser vi på kommentarene finner vi at mange medarbeidere har stor nytte av sine kolleger med innvandrerbakgrunn og oppgir at de lærer mye av dem om hvordan en kan utforme gode omsorgstilbud overfor brukere med innvandrerbakgrunn.

Data viser at hjemmebaserte tjenester er mest benyttet, deretter følger institusjonstjenester, dagtilbud og kortidsopphold av brukere med innvandrerbakgrunn.

Er så temaet mangfoldig omsorg berørt i kommunenes omsorgsplaner: Data viser at litt over halvparten, 56 % sier at temaet er berørt i plandokumentet, mens 44 % svarer nei.

Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester sin rolle som regionale kunnskapsbaser er tema i kapittel ni. Kommunene har god kjennskap til utviklingssentrene i sin region. Data viser at 71 % respondentene har meget god/god kjennskap til utviklingssenteret for sykehjem og hjemmesykepleie og deres aktiviteter i sin region. 29 % oppgir at de har lite kjennskap til utviklingssenter for sykehjem og hjemmesykepleie i sin region. Utviklingssentrene oppgir at de pr i dag har svært få brukere med innvandrerbakgrunn. Erfaringen med brukere med minoritetsbakgrunn er varierende. Det er ved utviklingssentre som ligger i de store byene at erfaringen med slike brukere er størst.

Bevisstheten om at det i framtida vil bli flere brukere med innvandrerbakgrunn er stor blant respondentene, derfor syntes det også å være et viktig framtidig tema.

Bakgrunnen for at erfaringen er liten oppgir flere at det faktisk er liten etterspørsel etter pleie og omsorgstjenester fra brukere med innvandrerbakgrunn. Dette kan være en indikasjon på underforbruk av tjenester for denne gruppa – men dette knytter det seg usikkerhet til. Likevel registrerer flere – spesielt utviklingssentre for hjemmetjenester en økende etterspørsel etter tjenester. Det kan ha sin bakgrunn i bl.a. at eldre innvandrere kan ha fått en mer positiv holdning til de kommunale omsorgstjenestene. Utviklingssentre med flere brukere syntes å være mer opptatt av temaet enn de med få brukere. Et utviklingssenter har utviklet en egen handlingsplan- Mangfoldig inkluderingsplan. I denne planen er det gjort avklaringer om hva brukerne kan forvente. Videre er planen ment som et virkemiddel i det å styrke ansatte og tjenesteutøvelsen. Intervjudaene peker i retning at det er behov for kunnskapsutvikling om disse brukergruppene også innen utviklingssentrene. Flere gir uttrykk for behovet om tema dager, kurs og videreutdanning her.

Kapittel ti har noen avsluttende kommentarer og peker på vegen videre. Kartleggingen viser ansatte som har erfaringer med tjenester til innvandrere legger vekt på positive erfaringer og at det er faglig utviklende og spennende å finne gode løsninger på omsorgsbehov. I dette ligger også betydningen av en individuell tilnærming.

Hvordan kan en så styrke både kunnskap om og omsorgstilbudet for innvandrergrupper? Dette er et omfattende spørsmål som denne kartleggingen ikke kan gi et entydig svar på men det går an å peke på noen sentrale forutsetninger for å øke sjansene til å være godt rustet til de økte utfordringene.

- Omsorg for mennesker med innvandrerbakgrunn må også bli sterkere fokusert i de kommunale omsorgsplanene.
- Kunnskapsnivået om innvandrergruppens kultur, religion, språk og helse må styrkes i den kommunale omsorgssektoren gjennom blant annet kurs og utdanningstilbud i regi av utviklingssentrene, helseforetakene eller utdanningsinstitusjonene. Innen helse gjelder dette spesielt demens og psykisk helse.
- Økt kunnskap om anvendelse av livshistorier og individuelle behov.
- Utvikle gode strategier for forventningsavklaring til tjenestene i innvandrergrupper. Jf. Ingebretsen og Romøren 2005.
- Utvikle en god informasjonsstrategi opp mot innvandrergrupper om omsorgstjenesten og de tilbud som kommunene gir.

- Utvikle og styrke det tverrfaglige samarbeidet i kommunen gjennom å utvikle gode omsorgstrategier slik at det kan bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig å ha en aktiv og meningsfull tilværelse med andre.
- Kommunene må ha fokus på å utvikle gode og kultursensitive organisasjonsformer i omsorgstjenesten der en vektlegger oppmerksomhet og anerkjennelse av kulturelle forskjeller og individuell identitet. Jf. Ingebretsen og Romøren 2005.
- Etablere samarbeid mellom innvandrergruppens interesseorganisasjoner og den kommunale omsorgstjenesten.
- Bruke personer mennesker med innvandrerbakgrunn som viktige ressurser innen omsorgstjenesten både som utøvere og frivillige.
- Ikke utvikle særomsorg overfor innvandrere men en god individuell omsorg som alle grupper har krav.

Dette er et svært utfordrende felt der ressurser både knyttet til opplæring og oppfølging av omsorgspersonell er viktig. Rammer, regelverk, kunnskap om innvandreres bakgrunn og forutsetninger er det viktig kunnskap i omsorgstjenesten.

Ufordringene som her skisseres er ikke uoverkommelige. Det må etableres et godt og aktivt mellom både kommuner, utviklingssentre, sentere for omsorgsforskning, utdanningsinstitusjonene, interesseorganisasjonene for innvandrere og fagorganisasjonene der dette er hensiktsmessig. Samhandlingsgrupper regionalt må også sette dette på dagsorden når implementering av Samhandlingsreformen skal behandles.

Forskning og utviklingsarbeid må intensiveres på området. Viktig blir det også å utvikle en god samhandling mellom familier og frivillige organisasjoner/enkelt personer i framtida. (Jf Ingebretsen og Romøren 2005)

Innhold

Forord.....	2
Sammendrag	3
Innhold	8
1. Innledning	10
1.1. Prosjektets bakgrunn, formål og nytteverdi	11
1.1.1. Bakgrunn	11
1.1.2. Formål og nytteverdi	13
1.2 Begrepsbruk.....	15
1.3 Rapportens oppbygging.....	15
2. Å være gammel i det moderne samfunn.....	16
2.1 Generasjonene i velferdsstaten	16
2.2 Det moderne livsløpet.....	17
2.3 Å være gammel og innvandrere	19
3. Innvandrerbefolkningen hvor mange, hvor kommer de fra og deres alderssammensetning	20
3.1 Innvandrerbefolkningen i Norge – aktuell alderssammensetning og bosted	20
3.2 Innvandrerbefolkningen regionalt - alderssammensetning og bosted	23
4. Metode og datagrunnlag.....	43
4.1 Datainnsamling.....	43
4.2 Datagrunnlag	43
4.3 Representativitet i forhold til kommunes størrelse.....	44
4.4 Hvem har besvart spørreskjemaet.....	44
4.5 Kort kommentar til metodene i undersøkelsen	46
5. Kompetanse og kompetansebehov i møte/framtidige møter med mennesker med innvandrerbakgrunn	47
5.1. Vurdering av kompetanse og kompetansebehov	48
5.2. Hvordan vil kommunen prioritere opplærings tiltak.....	51
6. Informasjon og formidling av tjenestetilbudet	56
6.1. Informasjonsmateriell	56
6.2. Hvordan blir tjenestetilbudet gjort kjent for aktuelle brukere.....	57
6.3. Samarbeid på tvers i kommunen om informasjonsformidling	58
6.4. Hvordan får omsorgstjenesten informasjon om hjelpebehov hos innvandrergruppene	58
7. Tolk i den kommunale omsorgstjenesten	61
7.1 Prinsipper for tilrettelegging av informasjon om tjenester	64
7.2 Hvem tolker når behovet er tilstede.....	65
7.3 Bruk av autorisert tolk i omsorgstjenesten	66
7.3.1 Tolketjeneste og økonomi	67
7.4 Noen betraktninger ved bruk av tolk i omsorgstjenesten.....	68
8. Det daglige arbeidet i kommunen	70

8.1	Rekruttering av personell med innvandrerbakgrunn.....	70
8.2	Aktualisering av omsorgstjenester for brukere med innvandrerbakgrunn	71
8.3	Bruk av tjenestetilbud	72
9.	Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester som regionale kunnskapsbaser	78
9.1	Kommunenes kjennskap til utviklingssenteret i sin region	79
9.2.	Den mangfoldige omsorgen - et samarbeid mellom utviklingssentrene og Senter for omsorgsforskning	
Sør	80	
9.3	Utviklingssentrene som kunnskapsbaser for kommuner med brukere med innvandrerbakgrunn.....	81
9.3.1	Utviklingssentrenes erfaringer med brukere med innvandrerbakgrunn.....	81
9.3.2	Hvilke utfordringer ligger det i å yte kvalitativt gode tjenester overfor brukere med innvandrerbakgrunn	81
9.3.3	Hvordan vurderes kunnskapsnivået i utviklingssetrene om brukere med innvandrerbakgrunn	82
10.	Avsluttende kommentarer	83
	Litteraturliste.....	85
	Vedlegg figur og tabell oversikt.....	87
	Figur oversikt	87
	Tabell oversikt.....	87

1. Innledning

Høgskolen i Telemark og Universitetet i Agder ble juni 2008 tildelt Senter for omsorgsforskning - Sør. Senteret skal drives i et samarbeid mellom Fakultet for helse og idrettsfag ved Universitetet i Agder og Avdeling for helse og sosialfag ved høgskolen i Telemark.

Senteret er et av fem regionale forskingssentre som ble etablert som en oppfølging av St. meld. 25. (2005 – 2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Sentrene har som hovedmålsetting å styrke praksisnær forskning og utvikling mot den kommunale omsorgssektoren.

Senter for omsorgsforskning - Sør har etablert et samarbeid med utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i regionen. Regionen består av fylkene: Vest-Agder, Aust-Agder, Telemark, Vestfold og Buskerud. Senteret inngår også i et faglig nettverk med de øvrige sentrene.

Senter for omsorgsforskning Sør sine satsingsområder, overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, kan i grove trekk skisseres slik:

- Psykisk helse
- Eldre og funksjonshemmede
- Palliasjon
- Demens
- Aktiv omsorg (helse og kultur)
- Frivillig innsats
- Helsetjenesteforskning – styring – planlegging og rekruttering
- Helseinformatikk
- Prosjektutvikling i samarbeid med utviklingssentrene i regionen

Senteret skal basere sin virksomhet på praksisnær forskning og utviklingsarbeid spesielt rettet inn mot den kommunale omsorgstjenesten. Senteret skal også gjennomføre oppdragsforskning og utviklingsarbeid for kommunale, regionale og statlige myndigheter.

Senteret gjennomførte i 2009, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, en landsomfattende studie med henblikk på å kartlegge status i det kommunale omsorgsplanarbeidet. Formålet med studien var å belyse hvordan framtida for omsorgstjenestene ser ut på ”tegnebrettet” i kommune Norge, og ut fra dette bidra til statlig, regional og kommunal politikkutforming på området. Studien avdekket bl.a. at det hersker usikkerhet omkring omsorgstjenestens møte/framtidige møte med mennesker med innvandrerbakgrunn både med hensyn kunnskapsutvikling og organisering.

Senter for omsorgsforskning Sør tok i desember kontakt med helsedirektoratet for å se på muligheten for å følge opp dette temaet med en avgrenset studie i Senter for omsorgsforskning - Sør sitt nedslagsfelt: Vest-Agder, Aust-Agder, Telemark, Vestfold og

Buskerud. Helsedirektoratet har på bakgrunn av denne henvendelsen finansiert studien og er oppdragsgiver.

I tillegg til Senteret har enhetsleder Ellinor Yddal fra utviklingssenteret for hjemmetjenester og sykehjem i Vestfold, utviklingsleder Marit Skråstad fra utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Telemark og – utviklingsleder leder Leni Klakegg fra utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Vest-Agder deltatt som prosjektmedarbeidere. Professor Halvor Fauske har deltatt som prosjektmedarbeider i rapporteringsfasen

Senter for omsorgsforskning – Sør og de regionale utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester ser på dette prosjektet som en mulighet til å bygge opp en database som vil kunne anvendes i forhold til ulike opplæringsstilbud for sektoren, videre forskning, men også bidra til politikktutforming på feltet. Det er også en viktig målsetting med prosjektet at utviklingssentrene vil bruke data inn i sitt arbeid ut mot kommunene i videre planleggingsarbeid.

Senteret eies av Universitetet i Agder og Høgskolen i Telemark. Begge disse institusjonene er tunge innen utdanning av velferdsstatens profesjoner. Erfaringer og data fra prosjektet vil derfor også anvendes inn i undervisningen på lærestedene. Data som er samlet inn i prosjektet, er stilt til disposisjon for Helsedirektoratet som oppdragsgiver.

Videre i dette kapittelet vil vi kort redegjøre for prosjektets bakgrunn formål, nytteverdi og begrepsbruk. Deretter for oppbygging av rapporten.

1.1. Prosjektets bakgrunn, formål og nytteverdi

I dette avsnittet vil vi beskrive prosjektets bakgrunn, formål og nytteverdi.

1.1.1. Bakgrunn

I St. meld. 25 oppsummerer Regjeringen sin strategi for å møte dagens og framtidens omsorgsutfordringer i den kommunale omsorgstjeneste. Gjennom meldingen blir kommunene bl.a. oppfordret til å ta tak i omsorgsutfordringene i et langsiktig perspektiv.

I perioden fram til 2015 viser statistikk fra SSB at landet har en relativt stabil demografisk situasjon, som bør benyttes til å forberede kommunene på omsorgsutfordringene som vil være økende spesielt etter 2015 (St. meld. 25)

Gjennom Stortingsmeldingen oppfordres kommunene bl.a. til:

- Å komme a jour slik at en dekker de nåværende behovene med hensyn til kapasitet og kvalitet på tjenestetilbudet.
- Å forberede seg på å møte framtidige behov og krav til tjenestetilbudene både kvantitativt og kvalitativt.

I Stortingsmelding 25, peker Regjeringen også på at de framtidige brukerne av omsorgstjenesten vil representere et større kulturelt mangfold.

Denne utviklingen utfordrer spesielt den kommunale omsorgstjenesten, men også helseforetakene. Utviklingen forutsetter også i likhet med øvrig omsorgs utforming og tilpasning av tjenestetilbud, med utgangspunkt i den enkeltes bakgrunn og behov, men skal ikke føre til nye former for særomsorg for spesielle grupper.

Det er et overordnet mål i helse- og omsorgspolitikken at alle skal ha tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, jf. St. meld. nr. 20 (2006–2007) ”Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller og nasjonal helseplan”. I pasientrettighetsloven videreføres dette. Pasientrettighetsloven er et virkemiddel til å sikre befolkningen lik tilgang til helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten: primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten eller tannhelsetjenesten.

Pasientrettighetsloven skal:

- Sikre befolkningen lik tilgang til helsehjelp av god kvalitet.
- Fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste.
- Ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.

Utfordringen i helse- og omsorgssektoren dreier seg blant annet om å tilrettelegge for gode universelle løsninger for å redusere sosiale helseforskjeller. Det må være tilgjengelighet til informasjon og tjenester samt god samordning av tjenester.

Språkproblemer kan oppleves som en av mange utfordringer for gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester. For mange innvandrere vil derfor bruk av tolk være helt sentralt for at veiledning og informasjon skal bli vellykket. (Handlingsplan for å fremme likestilling og hindre etnisk diskriminering 2009–2012)

Det er viktig å understreke at det er et tydelig uttrykt mål om at den kommunale omsorgstjenesten skal også være en integrert tjeneste som skal være lik for alle. Det betyr at den enkelte innvandrere må likestilles med norske borgere med hensyn til rettigheter og plikter (St. meld. 39 (1987 – 88) Om innvandringspolitikken). De ulike innvandrere- og minoritetsgruppers kulturelle, sosiale og religiøse særtrekk må dessuten respekteres og gis muligheter til utfoldelse på lik linje med majoritetssamfunnets kultur. Skal et slikt likestillingsprinsipp kunne virke i praksis, vil det ofte være nødvendig med individuelle tiltak for å hjelpe innvandreren og innvandrergruppene slik at de etter en overgangsfase på egenhånd kan ivareta sine interesser. (NOU 1973:17). Regjeringens politikk på området videreføres også i St. meld. 49 (2003 – 2004) der tydeligheten av at staten og samfunnets ordninger må tilpasse seg mangfoldet i befolkningen, og tjenestetilbudet må tilpasses. Regjeringen peker videre på, i ovennevnte melding, viktigheten av å motarbeide utviklingstrekk som kan føre til levekårsforskjeller som følge av etniske skillelinjer.

Spørsmålet som da reiser seg er i hvilken grad den kommunale omsorgstjenesten er forberedt på møtet med mennesker med innvandrerbakgrunn. Undersøkelser viser (Disch og Vetvik 2009) (Nergård 2009), (Ingebretsen og Romøren 2005 og Ingebretsen NOVA – rapport 11/10 og 15/10.) at kommunenes møte med mennesker med minoritets bakgrunn er et relativt uskrevet blad, og at kommunenes omsorgstjenester i mindre grad er forberedt på dette.

Andelen eldre innvandrere i Norge er pr. i dag lavt, men antallet kommer til å øke i årene som kommer (Østby 2009). I dag er det 6 % innvandrere over 65 år mot et gjennomsnitt på 15 % i befolkningen samlet. Samtidig viser en undersøkelse gjennomført av NOVA i 2005 at andelen ikke-vestlige innvandrere over 50 år i løpet av 15 år vil stige hurtig. Dersom dette skulle slå ut får vi et stort antall eldre innvandrere som får behov for omsorgstjenester. Det betyr at omsorgstjeneste må tilrettelegges på en måte som også sikrer kvalitativt gode tjenester.

Kommunene har til nå opplevd mindre etterspørsel etter spesielt tilrettelagte tjenester for innvandrere. Dette skyldes i all hovedsak at innvandrere som kom til landet på 70 tallet tradisjonelt lever i storfamilier som tar seg av sine gamle selv. Fire av ti innvandrere har nå bodd i Norge i mer enn 20 år. Disse kommer hovedsakelig fra ikke-vestlige land som Chile, Vietnam, Pakistan og Marokko (Goth 2011).

I mange innvandremiljøer er det en vanlig oppfatning om at eldre skal pleies av familien – hjemme. Mange familier kvier seg derfor spesielt for et tilbud om sykehjem. Dette vil igjen kunne føre til at etterspørselen etter dag tilbud og hjemmebaserte tjenester vil øke.

Undersøkelser viser imidlertid at holdningene er i endring. Eldre innvandreres innstilling til å bruke kommunenes tjenestetilbud blir mer lik holdningen til resten av befolkningen i forhold til det å bruke de kommunale omsorgstjenestene (Nergård 2009).

Generelt kan en si at eldre innvandrere i Norge, spesielt kvinner, benytter seg i liten grad av tilbudet om eldresentre, dagsenter og sykehjem. Dermed kan mange gå glipp av medisinsk oppfølging og sosiale tiltak som kan fange opp sykdomstegn eller virke forebyggende på for eksempel demens eller depresjon.

Det er grupper blant innvandrere som bor alene og som ikke har en familiær infrastruktur som kan ta seg av dem. Med tiltagende alder kommer flere i en situasjon som vanskelig å klare seg alene. Når verken familien eller det sosiale nettverket kan yte den nødvendige støtte og pleie er det de kommunale omsorgstjenestene som må overta.

Flere innvandrere hadde nok tenkt seg hjem etter oppnådd aldersgrense i arbeidslivet. – men for mange er dette både vanskelig og en liten realiserbar mulighet. En studie fra Danmark utført av Jensen og Pedersen i 2007, (gjengitt i Ingebretsen 2009) viser at mottagere av trygdeytelser har en tendens til å bli værende i Danmark.

Aldersgradienten i forhold til sykdom er sterkere i innvandrerbefolkningen enn hos i befolkningen som helhet (Blom 2005). Bloms studie fra 2008 viser at psykiske plager hos innvandrere øker i takt med alderen.

Statistikken viser at innvandrere har lavere levealder enn andre grupper i befolkningen og større hyppighet av diabetes, magesår og stoffskiftesykdommer. Noen grupper har i større grad høyt blodtrykk og hjerteinfarkt enn etniske Nordmenn.

I følge Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI 2007) finnes det store grupper innvandrere som kommer fra land der bl.a. geriatri ikke er spesielt utviklet. Kunnskapen om lidelser som rammer eldre kan derfor være mangelfull. Dette gjelder særlig i forhold til demens.

1.1.2. Formål og nytteverdi

Utviklingsarbeid knyttet til omsorgstjenestens møte med mennesker med innvandrerbakgrunn er ikke av ny dato. Allerede i 1989 ble dette satt på dagsorden av Sosialdepartementet. Sosialdepartementet tok initiativ til et utviklingsarbeidet som ble organisert av Norsk Gerontologisk institutt.

Et innsatsområde her var tiltak i forhold til ”brukergrupper med spesielle behov” og et av temaene var eldre flyktninger og innvandrere (Ingebretsen og Gundtvedt 1993) (Ingebretsen 2009) Det ble i den forbindelse også etablert et samarbeid med Bydel Gamle Oslo om prosjektet ”Eldre Innvandrere i gamle Oslo” (Moen 1993) En konklusjon på utviklingsarbeidet var at eldresentrene har en nøkkelposisjon i det forebyggende arbeidet i

kommunene. I prosjektet ble det videre påpekt viktigheten av å ha en orientering om tilbud som kan skape en flerkulturell takhøyde og romslighet for å ivareta ulike brukergruppers behov (Ingebretsen 2009) Siden den gang er det gjort flere kartlegginger av bl.a. NOVA. Kartleggingene har i stor grad konsentrert seg om de store byene med de største innvandrerbefolkningsgruppene.

Gjennom stortingsmelding 25 har spørsmålet om den mangfoldige omsorgen på ny blitt aktualisert.

Stortingsmelding nr. 25 peker på viktigheten av at kommunene tar inn over seg de utfordringer som ligger i at en mer mangfoldig omsorgstjeneste.

Formålet med denne kartleggingen er derfor å undersøke hvilke erfaringer og i hvilken grad den kommunale omsorgstjenesten utøver, forbereder seg på et sterkere innslag av brukere med innvandrerbakgrunn. Et viktig formål er også å kartlegge behov for kunnskap og ideer i utviklingen av omsorgstjenestene til disse brukergruppene. Studien setter også et spesielt fokus på utviklingssentrene, for sykehjem og hjemmetjenester som kunnskapsformidlere om temaet.

Data fra studien vil også være nyttig i videre planlegging for kommunene i regionen.

Prosjektet har to hovedformål:

- Hvordan møter kommunen etterspørselen etter omsorgstjenester blant mennesker med innvandrerbakgrunn i dag, og hvordan planlegger kommunene å møte etterspørselen etter omsorgstjenester blant mennesker med innvandrerbakgrunn i framtida?
- Hvilken kompetanse, kunnskap, tjenesteutvikling eller andre grep er nødvendig i kommunene for å møte behovet for omsorgstjenester blant innvandrere, og i hvilken grad er dette dekket i dag?

Ut fra prosjektets formål har vi formulert fem hovedtema for kartleggingen som bygger videre på de tema som framkommer i St. meld 25 og NOVA rapport: ”Omsorgstjenester med mangfold” (Ingebretsen og Romøren 9/2005)) Sistnevnte fordi denne danner grunnlaget for det som er formulert om temaet i St. melding 25.

- Å gi en oversikt over kompetanse og behov for kompetanse.
- Å gi en oversikt over hvordan tjenestetilbudet blir kommunisert.
- Å gi et bilde av hvordan enhetene arbeider med den daglige omsorgen i forhold til denne brukergruppa.
- Å kartlegge i hvilken grad kommunene anvender tolk.
- Å drøfte nærmere utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenesters nåværende og framtidig rolle som kunnskapsbaser for kommunene i utvikling av kvalitativt gode omsorgstilbud for mennesker med innvandrer bakgrunn.
- Gi data og perspektiver til bruk i den kommunale omsorgsplanleggingen.

Temaene her vil bli beskrevet og utdypet i rapporten på bakgrunn av datamateriale som er samlet inn i form av spørreskjema og gjennom intervjudata med utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester.

En viktig nytteverdi av dette prosjektet er å belyse temaet i forhold til flere kommune typologier. Dette kan være med på å understreke viktigheten av å sette temaet på dagsorden

både i plan og utøvende virksomhet. Kartleggingen vil også kunne gi en viktig pekepinn på hvordan kommunene vil tenke framtidens omsorgstjeneste organisert og gjennomført i forhold til disse brukergruppene og hvordan det kan integreres i den øvrige omsorgstjenesten.

Senter for omsorgsforskning - Sør ser på dette prosjektet som en mulighet til å bygge opp en database som vil kunne anvendes i forhold til ulike opplæringsstilbud for sektoren, men også bidra til politikktutforming på feltet. Erfaringer og data fra prosjektet vil også kunne brukes inn i utdanningen av velferdsstatens profesjoner.

1.2 Begrepsbruk

De som arbeider med flerkulturelle problemstillinger som praktikere, forskere eller politikere kan ofte erfare at det ikke er helt enkelt å være presis i omgangen med de ordene og uttrykkene som brukes innen dette arbeidsområdet. Hva er en innvandrere, hva er en ikke-vestlig.

Fram til 1993 ble innvandrere definert ut ifra kategoriene «utenlandske statsborgere» og «personer født i utlandet». Det finnes et mangfold av begreper og avgrensninger som brukes om innvandrere og innvandrerbefolkning. I dag er det vanlig å skille mellom fødested og foreldrenes nasjonalitet. Betegnelsen innvandrere, brukes om en person med to utenlandsfødte foreldre.

I denne rapporten vil innvandrere være personer utenfor Norden, Vest – Øst-Europa og Sør-Europa med unntak av Nord-Amerika og Oseania.

Begrepet region blir brukt om fylkene: Vest-Agder, Aust-Agder, Telemark, Vestfold og Buskerud.

Begrepet store kommuner blir brukt om kommuner over 5000 innbyggere.

1.3 Rapportens oppbygging

Denne rapporten inneholder presentasjon og analyser av hovedtrekk ved de data vi har samlet inn pr.01.04.11. Data er samlet inn gjennom en kvantitativ spørreskjemaundersøkelse sendt elektronisk til omsorgssjefer og enhetsledere i omsorgstjenesten i 83 kommuner. Videre har vi intervjuet alle lederne ved utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i region Sør.

Rapporten er delt inn ti kapitler. Dette første kapitlet er en introduksjon til prosjektet. Å være eldre og innvandrere i det moderne samfunn vil være tema i kapittel to. I kapittel tre vil vi i grove trekk presentere data om innvandrerbefolkningen i regionen. Metode og datagrunnlag følger som kapittel fire. Fokus i kapittel fem vil være kompetanse og kompetanseutvikling.

Informasjon og kommunikasjon av tjenestetilbudet er tema i kapittel seks. Bruk av tolk i den kommunale omsorgstjenesten ser vi nærmere på i kapittel syv. Hvordan kommunene utøver den daglige omsorgen har vi sett nærmere på i kapittel åtte. Utviklingssentrenes nåværende og framtidig rolle som kunnskapsbaser for kommunene i utvikling av kvalitativt gode omsorgstilbud for mennesker med innvandrerbakgrunn bakgrunn belyses i kapittel ni. Kapittel ti vil være avslutende kommentarer. Tabell og litteratur oversikt følger som vedlegg.

2. Å være gammel i det moderne samfunn

I begynnelsen av dette århundret den gang fattigdommen var mer nærværende enn i dag, ble livssyklusens ulike belastninger tematisert som et sosialpolitisk problem. Overgangen mellom livsfasene medførte belastninger av økonomisk, sosial og personlig art. Seebom Rowntrees studier av arbeiderklassefamilier i York er blitt stående som gode eksempler på hvordan belastningene var fordelt over livsløpet. Studiene påviste at livsløpet til arbeiderne hadde to faser med relativ velstand og tre faser med fattigdom. Barndom, etableringsfasen og alderdommen var preget av fattigdom, mens periodene med hjemmeboende barn som bidrog til familieøkonomien, og barnas utflytting fra foreldrehjemmet medførte en bedret økonomisk situasjon (Rowntree [1901]1922:169-71). På denne måten ble forskjeller i levekår koplet til fasene i livsløpet. Rowntrees funn fikk stor innflytelse på velferdspolitikken ikke bare i Storbritannia, men også i USA og øvrige land i Europa. Innflytelsen hadde nok sammenheng med at en nokså presist kunne vise både i hvilke faser og hvordan familiene kunne hjelpes på en effektiv måte. I den grad ansvaret for egen velferd ikke bare skulle være opp til den enkelte, måtte det etableres ordninger som sørget for en fordeling av byrder og goder mellom generasjonene.

2.1 Generasjonene i velferdsstaten

Etterhvert som velferdsstaten ble utbygget kom livsløpsperspektivet i bakgrunnen. Det politiske hovedmål for de fleste vestlige land var å utjevne forskjellen mellom sosiale klasser gjennom utbyggingen av velferdsytelser og tjenester. Riktignok ble velferdstiltakene rettet både mot familier og livsfaser som ungdom og eldre, men målsetningen var først og fremst å utjevne klasseforskjeller innen hver av disse kategoriene heller enn å sørge for en lik fordeling av byrder og goder mellom generasjonene over livsløpet. Hver kategori fikk sitt, og utdannings- og sysselsettingspolitikk, helse- og sosialpolitikk ble viktige instrumenter i denne fordelingspolitikken. Tankegangen syntes å være at en utjevning mellom fattig og rik også ville løse eventuelle fordelingsproblemer over livsløpet (Glennister 1995: 14).

Livsløpsperspektivet kom også i bakgrunnen innenfor samfunnsvitenskapen. Det skjedde ved at generasjon etter hvert ble forstått som aldersgruppe, snarere enn som ulike faser i livsløpet. Karl Mannheim definerte, i sin berømte artikkel *The problems of generations* fra 1927, generasjon som en felles historisk og sosial lokalisering. Individuer som var født i samme tidsrom hadde felles opplevelser, erfaringer og inntrykk som ble grunnleggende for deres verdensanskuelse. Senere erfaringer ville - slik Mannheim så det - ikke røkke vesentlig ved disse grunnleggende oppfatningene. Mannheim var først og fremst opptatt av hvilke konsekvenser generasjonens formative erfaringer kunne få for generasjonsvekslingen og dermed for samfunnets kontinuitet og eksistens. Samfunnets eksistens er betinget av at nye generasjoner stadig erstatter de gamle, og av samspillet mellom nyskapning og tradisjon som denne generasjonsvekslingen innebærer (Mannheim [1927]1982). Ungdomsfasen var kritisk siden det ble antatt at det er i disse årene de unge overtar, fornyer eller avviser den eldre generasjonens normer og verdier. Den sterke vektleggingen av den kulturelle dimensjonen, banet også veien for å definere generasjoner ut fra tiår eller andre, ofte mer spesifikke tidsangivelser. Et annet aspekt ved dette var fokuseringen på avstanden og konflikten mellom den yngre og eldre generasjon. Såkalte «great gap» teoretikere som Theodore Rozak, Margareth Mead og James Coleman for å nevne noen, argumenterte for at et samfunn i rask endring skapte grunnlag for en egen ungdomskultur i opposisjon til den eldre generasjons

verdier og normer (Rozak 1969; Mead 1970; Coleman 1963). Hvorvidt dette var et problem eller ikke, hersket det en viss uenighet om.

Etter hvert som problemene økte på arbeidsmarkedet utover 1970-tallet ble generasjonsperspektivet endret fra et sosialiseringperspektiv til et livsløpsperspektiv der fokus ble satt på overgangen fra skole til arbeid eller mer generelt: Ungdomsfasen ble problematisert som en overgang til voksenstatus (Jones & Wallace 1992: 6-18). På sett og vis griper en nå tilbake til den tradisjonelle betydningen av generasjon der generasjon ble forstått som den tid det tok før sønnene ble fedre (Kriegel 1978:23). Med andre ord var generasjonsvekslingen og ervervelsen av full voksenstatus knyttet til etableringen av eget hushold. Til denne statusen var det også knyttet forpliktelser om å forsørge både den yngre og den eldre generasjon. Med utbyggingen av velferdsstaten er forsørgelsen av den eldre generasjon blitt et kollektivt ansvar, og ikke et familieanliggende slik det tidligere var. I Norge hadde foreldre og barn gjensidig forsørgelsesplikt - formelt sett - helt frem til 1964 da lovbestemmelsen om gjensidig forsørgelsesplikt mellom barn og foreldre falt bort da Lov om sosial omsorg ble vedtatt.¹

De moderne pensjonssystemene ble i mange land i større eller mindre grad basert på en overføring fra den yrkesaktive generasjon til den yrkespassive. Gjennom denne ordningen knyttes generasjonene sammen i et slags skjebnefellesskap: Den eldre generasjons velferd ble avhengig av at den yngre generasjons velferd. Denne erkjennelsen har vakt bekymring for fremtiden, og de har nok medført en sterkere fokusering igjen på hvordan velferden er fordelt mellom generasjonene. Mer interessant enn å finne svar på hvilken generasjon som kommer dårligst eller best ut, er spørsmålet om byrdefordelingen mellom generasjonen og hvordan generasjonene settes i stand til å ivareta sin oppgave. For å belyse denne problemstillingen, kan det være nyttig å ta utgangspunkt i hvilke forutsetninger det moderne livsløp hviler og hvordan dette historisk sett har blitt konstruert og institusjonalisert.

2.2 Det moderne livsløpet

I et moderne samfunn preges den enkeltes livsløp av en serie statusoverganger. Overgangen fra barn til voksen betraktes gjerne som den mest avgjørende. Denne overgangen har biologiske, psykologiske og sosiale dimensjoner. Felles for mange av teoriene om livsløpet er forutsetningen om en syklisk utvikling. Denne forutsetningen har sitt grunnlag i en biologisk modell av menneskets utvikling i termer av vekst, vedlikehold (stasjonær vekst) og forfall, og i en sosiokulturell modell som beskriver suksesjonen av sosiale posisjoner og oppgaver gjennom livsløpet (Sugarman 1990). I sistnevnte perspektiv består livsløpet av en serie spesifikke overganger. Utdanning og arbeid er kanskje etter hvert blitt den mest sentrale, men familiedannelse, ervervelse av bolig og andre varige konsumgoder er også viktige milepæler på veien mot en uavhengig, selvstendig og selvforsørgende tilværelse. Tidspunktet for overgangene, og rekkefølgen av dem, vil i stor grad være påvirket av hva slags samfunn en lever i. Overgangene er dels regulert gjennom formelle regler, og dels gjennom uformelle normer og sosial praksis. Formelt sett trekker myndighetsalderen grensen mellom barn og

¹ I Fattigloven, som ble erstattet av lov om Sosial omsorg i 1964, heter det i § 2 at «Forpliktet til gjensidig forsørgelse er: ektefeller, sålenge ekteskapet ikke er endelig oppløst; foreldre og barn, dog således at barn, hvis foreldre ikke har inngått ekteskap med hinanden, alene har forsørgelsesplikt like overfor moren, og at dermed hensyn til sådanne barns fedre forsørgelsesplikt forholdes efter den derom til enhver tid gjeldende lovgivning. (Færden 1936: 7).

voksen. Å være myndig innebærer bl.a. retten til å inngå ekteskap, ta arbeid og ellers treffe beslutninger om personlige og økonomiske forhold. De uformelle normene angår hva som anses som passende for ulike alderstrinn, og hva som regnes som akseptable arbeids- og samlivsforhold. På denne måten er den enkeltes valg i livets ulike faser omspunnet av formelle regler, uformelle normer og sosiale praksiser.

Livsløpsovergangene markerer også et skille mellom generasjoner: De som er i etableringsfasen, de etablerte, og de som er i fasen hvor overgangene på sett å vis reverseres (overgang fra arbeid til pensjon, barn flytter ut av familien, ektefelle dør, blir selv pleietrengende, flytter fra eget hjem til sykehjem, etc.). Selv om alder og generasjon synes å være nærmest universelle prinsipper for sosial organisering, er det stor variasjon mellom forskjellige samfunn i hvilke kriterier som brukes, hvor kompleks graderingen er, og hvordan autoritet og generasjon er koplet (Baxter & Almagor 1978). I vår del av verden er det generasjonen i midten som er mest sentral i arbeids- og samfunnsliv. Slik sett blir voksenstatus et slags platå mellom oppvekst og alderdom: det er noe en når opp til, holder fast ved og til slutt forlater.

Forestillingen om livsløpet som en syklus fra vugge til grav med generasjonen i midten som høydepunkt, må ses i sammenheng med familiemønstret som utviklet seg i de nordvestlige deler av Europa og enkelte steder i middelhavsområdet. Her ble ekteskapsinngåelsen et brudd med tidligere avhengighets- og autoritetsforhold. Generasjonen i midten ble ikke underordnet den eldre generasjon, men inntok selv autoritetsposisjonen (Mitterauer 1986:28). Ekteskap og forsørgelse ble på denne måten selve grunnlaget for å innta posisjonen som voksen. Dette atskilte seg fra familiemønstret i Øst- og Sør-Øst-Europa og i mange ikke-europeiske kulturer der de yngre ekteparene ble underordnet de eldre autoritet. I et slikt system var også giftealderen lavere siden familiedannelse ikke forutsatte at de nye paret var selvforsørget eller umiddelbart kunne forsørge den eldre generasjonen.

I det familiemønster som utviklet seg i vår del av Europa, var det de nyetablerte som fikk hovedansvar både for den eldre og den kommende generasjon. Dermed burde de være relativt veletablert før de stiftet familie og dermed påtok seg det ansvar som fulgte med. At dette også var en norm og ikke bare en praktisk måte å innrette seg på, viser den til dels sterke bekymringen for såkalte 'lettsindige giftermål' på midten av 1800-tallet. Denne bekymringen er f.eks. utgangspunktet for Eilert Sundt studie av giftermål i Norge. Det er således typisk at Sundt spør husmannen som giftet seg 23 år gammel om det ikke var dårskap siden han ikke var 'riktig voksen karl' (Sundt 1866/1967:214-15).⁽⁵⁾ En relativt lang forberedelse av familiedannelsen ble således et typisk trekk ved overgangen til full voksenstatus. Denne ungdomsfasen var preget av en slags semi-avhengighet til den eldre generasjon. Avhengigheten bestod i at de unge måtte ut i tjeneste. Arbeiderklassens yngre medlemmer gikk inn i tjenerliknende forhold, mens borgerskapets unge inntok posisjoner med sterke innslag av opplæring og trening. Disse underordnede posisjonene ble beholdt inntil de gjennom ekteskap eller arv overtok ansvaret for et hushold (Mitterauer 1986:43; Gillis 1981:9).

Den sykliske fremstillingen av livsløpet er f.eks. kjent både fra skjønnlitteraturen og fra tegninger tilbake til 1700-tallet hvor menneskets ulike aldre ble illustrert. Slike tegninger fikk stor utbredelse, og var relativt vanlige frem til første halvpart av dette århundret. Til å begynne med var fremstillingene mer foreskrivende enn beskrivende. Etter hvert bidro demografiske og samfunnsmessige endringer til at livsløpet fikk en slik utvikling for mange. Livsløpsovergangene ble mer standardisert, og de ble sekvensielt ordnet. Dette stod i kontrast til tidligere tiders vage alderskiller og parallellitet i posisjoner og oppgaver. Før utdanning og arbeid ble regulert med bestemte aldersgrenser, var det vanlig å pendle mellom skole og arbeidsliv. Å flytte fra foreldrehjemmet var heller ikke en definitiv og irreversibel handling.

Mange flyttet tilbake for kortere eller lengre perioder, og barn kunne bli plassert hos slektninger eller andre midlertidig eller permanent (Hareven 1994:145; Sogner 1990:50-51). Mot slutten av 1800-tallet ble aldersgraderingen mer spesifikk, og statusovergangene mer ordnet. Utdanning, arbeid og fritid (pensjon) ble etter hvert tilordnet hver sin fase i livsløpet, og overgangene til og fra aktivitetene ble regulert både formelt og uformelt.

Etter den 2. verdenskrig ble det også et visst samsvar mellom normen om et syklisk og sekvensielt livsløp og folks empiriske livsløp. Full sysselsetting ga muligheter for stabile og livslange arbeidskarrierer, og familiene ble mer stabile som følge av lavere dødelighet, synkende ekteskapsalder og bedre sosiale forhold. De siste tiårene har imidlertid situasjonen endret seg igjen. Arbeidsledighet, strukturelle endringer i arbeidsmarked og stigende skilsmisserate har hatt konsekvenser for alle de tre nevnte generasjonene. De som skal etablere seg har problemer med overgangene, mange av dem må etablere seg på nytt som følge av arbeidsledighet og skilsmisser, og en del av de eldre som er i “nedtrappingsfasen” opplever en raskere nedtrapping enn de hadde forventet. Dette kan være både selvalgt tidlig pensjonering og pensjonering på grunn av helseproblemer.

2.3 Å være gammel og innvandrer

Innvandrere fra sør som kommer til vestlige land, vil oppleve at alderdommen er institusjonalisert på en annen måte enn de er vant med. Som beskrevet ovenfor er den yngre generasjons forpliktelser overfor den eldre generasjon formalisert gjennom finansiering av ytelser og tjenester. Riktignok er en del ytelser knyttet til familieomsorg, men i all hovedsak er eldreomsorgen det som kan kalles indirekte, dvs. hoveddelen av den yngre generasjonens omsorg skjer via skatteseddelen. I forhold til samfunn med mer familiebasert omsorg, vil den vestlige verdens omsorgssystem kunne virke upersonlig. Det er selvfølgelig variasjoner også i omsorgspraksis i den vestlige verden, og en god del av omsorgen er familiebasert. Slik sett vil det være rom for tilpasninger, men som Ingebretsen og Nergård påpeker vil møtet innvandrernes møter med vårt samfunn også ha andre konsekvenser (2007).

Både relasjonen mellom generasjonene og generasjonsvekslingen er forskjellig fra det mange innvandrere er vant med. Som påpekt har den eldre generasjon en annen status og makt i de vestlige samfunn enn i samfunn hvor mange av innvandrerne har sine erfaringer fra. At “generasjon i midten” har en så sentral posisjon i den vestlige verden, medfører også at de eldre ikke har så stor betydning. Dette har også å gjøre med dynamikken i samfunnsendringene. Et samfunn som endrer seg raskt, vil også være et samfunn der den eldre generasjons erfaringer blir mindre verdt siden den yngre generasjon møter et samfunn med andre utfordringer enn hva tidligere generasjoner gjorde. I innvandrerfamilier vil dette også komme konkret til uttrykk i relasjonene mellom barn og foreldre der det kan oppleves som om barna distanserer seg fra foreldrenes tradisjoner. Hvilke belastninger selv migrasjonen påfører innvandrerne er det en viss uenighet om, men det er rimelig å regne med mange er uforberedt på hvordan det er å bli gammel i det nye landet (Ingebretsen og Nergård 2007).

3. Innvandrerbefolkningen hvor mange, hvor kommer de fra og deres alderssammensetning

I et omsorgspolitisk perspektiv er det viktig å vite hvor stor andel innvandrerbefolkningen utgjør i kommunene, selv om innvandrerne kan ha ulike behov og etterspørre ulike ressurser, så er antallet i seg selv en viktig indikator på størrelsen eller utfordringen en står overfor.

I dette kapitlet vil vi først beskrive innvandrerbefolkningen i grove trekk. Deretter vil vi presentere data fra fylkene Vest-Agder, Aust-Agder, Telemark, Vestfold og Buskerud. Disse dataene som her presenteres vil kunne være nyttige for kommunene i forbindelse med videre planarbeid.

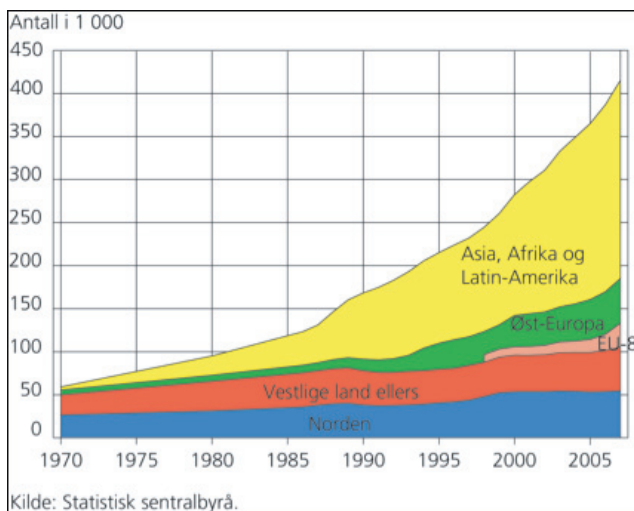
Data som anvendes i dette kapitlet er i stor grad basert på data fra SSB og rapporter utgitt av NOVA.

3.1 Innvandrerbefolkningen i Norge – aktuell alderssammensetning og bosted

Pr. 1.1. 2010 var folketallet i Norge på 4 858 199, (SSB 2010) Av disse utgjorde innvandrere omlag 11 %.

Veksten i innvandrerbefolkningen fra 1970 fram til i dag har vært stor sett i forhold til landets innbyggertall. I følge Østby (2009) her innvandrerbefolkningen seksdobbel på 36 år og tredoblet etter 1986. Dette gjelder alle innvandregrupper. Dette illustreres med følgende figur hentet fra Østby (2009).

Figur 1. Vekst i innvandrerbefolkning fra 1970 – 2005



I 1970 var 10 % av innvandrerne fra Øst Europa, 6 prosent fra utviklingsland. I 1986 var en tredjedel med ikke vestlig bakgrunn. Fra 1990 utgjør disse et flertall.

Går vi mer i detalj på antallet og fordelingen av innvandrere over 50 år, fra ikke vestlige land finner vi denne fordelingen: (Tabellen er hentet fra Nergård 2009 med bakgrunn i tall fra SUB 2009).

Tabell 1. *Personer med ikke vestlig bakgrunn over 50 år, fordelt på femårsgrupper*

Alder	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
50- 54 år	6238	7144	8229	8807	9823	10643	11643	12664	14448	16405	18913
55- 59 år	3985	4476	4758	5359	6003	6676	7404	8487	9240	10645	11643
60- 64 år	2784	3175	3511	3697	3996	4234	4531	4785	5388	5974	6835
65- 69 år	1954	2158	2472	2740	2901	3121	3474	3606	3606	3884	4098
70- 74 år	1416	1501	1571	1624	1792	1908	2040	2074	2279	2457	2680
75-79 år	801	905	993	1091	1229	1272	1241	1313	1417	1517	1624
80-84 år	374	404	468	505	570	617	692	769	872	907	955
85-89 år	148	180	195	214	214	217	252	302	316	363	392
90år+	55	60	66	70	90	90	106	122	141	140	152
Totalt over 65 år	4748	5208	5765	6244	6799	7260	7805	8186	8592	9269	9901
Totalt over 50 år	17755	20003	22263	24107	26621	28813	31363	34122	37708	42112	47292

Tabellen gir oss viktige data med hensyn på alderssammensetning. Ser vi på kolonnene er nær alle femårsperiodene doblet fra 1999 – 2009 med unntak av aldergruppa 70 – 74.

Tabellen viser at tallet på personer med ikke vestlig bakgrunn pr. 1.1. 2009 var 9901 personer. Dette utgjør om lag 1.4 % av den samlede befolkning over 65 år. Myndighetenes anslag om 1.35 % eldre med ikke vestlig bakgrunn i år 2015, er med andre ord for lavt (Nergård 2009)

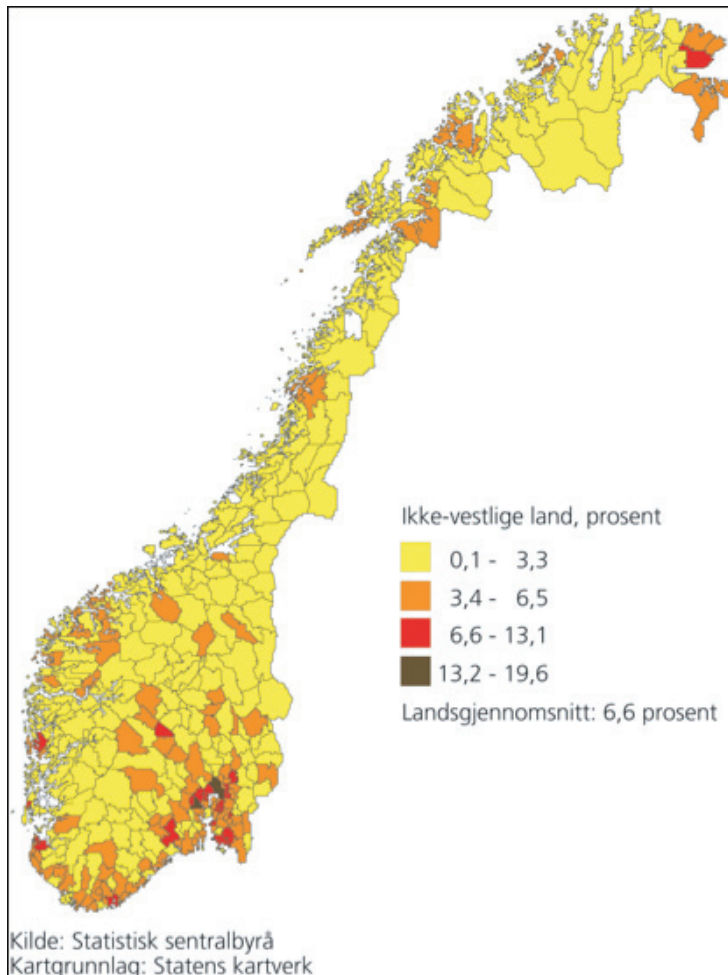
Alt tyder på at det vil bli mange flere eldre og omsorgstrengende med ikke-vestlig bakgrunn i de kommende årene. Dette er viktig å være oppmerksom på i det videre arbeidet med politikktutforming og planlegging på området.

Forskning viser (Nergård 2009) (Ingebretsen og Nergård 2007) (Ingebretsen og Romøren 2005) at bosetningsmønsteret blant innvandrere med ikke vestlig bakgrunn er mer sentralisert

enn befolkningen ellers. Oslo skiller seg markant ut i forhold til de bl.a. storbykommunene som: Trondheim, Stavanger, Kristiansand, Drammen, Bergen.

Figur to, som er hentet fra Østby 2009 viser den ikke-vestlige innvandrerbefolkningen prosentvis fordelt på kommunene i 2007 basert på statistikk fra SUB

Figur 2. Innvandrerbefolkningen fra ikke-vestlige land basert på statistikk fra 2007 i kommunene 2007 ikke-vestlige land i prosent



Figuren illustrerer at bosetningsmønstret til ikke-vestlige innvandrere konsentreres seg om de store sentra. I Vest-Agder finner vi Kristiansand, i Aust-Agder kommunene Arendal og Grimstad, Telemark er Skie den dominerende i Vestfold er Sandefjord og Tønsberg store og i Buskerud finner vi den desidert største konsentrasjonen i Drammen.

3.2 Innvandrerbefolkningen regionalt - alderssammenstilling og bosted

Det er store forskjeller mellom kommuner når det gjelder personer med innvandrerbakgrunn. Det er en tendens til at innvandrerbefolkningen flytter fra de minst sentrale områdene. Ca. 45 prosent av alle innvandrere, og over halvparten av innvandrere fra Asia og Afrika, bor i Oslo og Akershus (Forgaard 2006). Oslo dominansen er mindre blant de med flyktning bakgrunn sammenliknet med andre innvandrere.

Andel av innvandrerbefolkningen fordeler seg slik i fylkene: Vest-Agder, Aust-Agder, Telemark, Vestfold og Buskerud. Statistikken her er basert på data fra SUB pr. 1.1.2011.

Vi gjør oppmerksom på at der det er tomme ruter merket med: er det pr. dato intet statistisk målbart materiale.

Tabell 2 Fordeling i Vest-Agder fylke

Fylke og kommuner	Befolkningen i alt	Innvandrere i alt	Andel innvandrere av hele befolkningen
Vest-Agder	170377	15082	8,9
Kristiansand	81295	8871	10,9
Mandal	14696	1012	6,9
Farsund	9410	577	6,1
Flekkefjord	9003	744	8,3
Vennesla	13116	791	6,0
Songdalen	5940	531	8,9
Søgne	10509	661	6,3
Marnardal	2231	169	7,6
Åseral	917	76	8,3
Audnedal	1670	69	4,1
Lindesnes	4661	371	8,0
Lyngdal	7739	612	7,9
Hægebostad	1624	94	5,8
Kvinesdal	5776	358	6,2
Sirdal	1790	146	10,4

Vest-Agder har i alt 15082 innvandrere. Dette utgjør 8,9 % av hele befolkningen i fylket. Kristiansand kommune er den kommunen med desidert størst andel. Deretter følger Mandal

og Vennesla. Færrest bor det i Audnedal kommune. Ser vi på andelen av befolkningen finner vi Kristiansand med 10,9 % Sirdal med 10,4 % og Songdalen med 8,9 %.

Tabell 3 Fordeling i Vest-Agder fylke, Afrika, alder og kjønn

Fylke og kommuner	Fra Afrika i alt	0 – 18 år	19 – 66 år	Over 67	Menn	Kvinner
Vest-Agder	1215	287	905	23	632	583
Kristiansand	852	180	653	19	478	374
Mandal	109	:	:	:	45	64
Farsund	28	7	21	0	12	16
Flekkefjord	37	:	:	:	17	20
Vennesla	20	:	:	:	8	12
Songdalen	69	25	44	0	31	38
Søgne	35	9	26	0	16	19
Marnardal	:	:	:	:	:	:
Åseral	0	0	0	0	0	0
Audnedal	:	0	:	0	0	:
Lindesnes	0	0	0	0	0	0
Lyngdal	13	:	:	:	5	8
Hægebostad	:	:	:	:	:	:
Kvinesdal	36	10	26	0	15	21
Sirdal	:	0	:	0	0	:

Tabellen viser at det i alt 1215 personer fra Afrikanske land av disse er 632 menn og 583 kvinner. 287 er mellom 0-18 år. 905 er mellom 19 og 66 år mens 23 er over 67 år. Kristiansand kommune har den største andelen her og er den eneste kommunen med mennesker fra denne gruppen over 67 år.

Tabell 4 Fordeling i Vest-Agder fylke, Asia med Tyrkia, alder og kjønn

Fylke og kommuner	Asia med Tyrkia	0 – 18 år	19 – 66 år	Over 67	Menn	Kvinner
Vest-Agder	4313	733	3439	141	2072	2241
Kristiansand	2955	422	2433	100	1497	1458
Mandal	245	45	188	12	97	148
Farsund	94	23	66	5	38	56
Flekkefjord	128	:	:	:	52	76
Vennesla	248	38	199	11	110	138
Songdalen	119	21	95	3	64	55
Søgne	127	26	98	3	54	73
Marnardal	:	:	:	0	:	:
Åseral	36	:	:	:	19	17
Audnedal	:	0	:	0	0	:
Lindesnes	82	26	53	3	30	52
Lyngdal	114	:	:	:	46	68
Hægebostad	22	11	11	0	12	10
Kvinesdal	84	29	55	0	37	47
Sirdal	35	10	25	0	11	24

Tabellen viser at det i alt 4313 personer fra Asia med Tyrkia. Av disse er 2072 menn og 2241 kvinner. 733 personer er mellom 0 – 18 år. 3439 er mellom 19 og 66 år mens 141 er over 67 år. Kristiansand kommune har den største andelen mennesker over 67 år etterfulgt av Mandal og Vennesla.

Tabell 5 Fordeling i Vest-Agder fylke, Sør og mellom Amerika, alder og kjønn

Fylke og kommuner	Sør og mellom Amerika	0 – 18 år	19 – 66 år	Over 67	Menn	Kvinner
Vest-Agder	959	63	858	38	422	537
Kristiansand	725	41	661	23	332	393
Mandal	42	:	:	:	18	24
Farsund	20	:	:	:	9	11
Flekkefjord	12	:	:	:	3	9
Vennesla	46	:	:	:	18	28
Songdalen	20	0	:	:	9	11
Søgne	26	:	:	:	9	17
Marnardal	:	0	:	0	:	:
Åseral	0	0	0	0	0	0
Audnedal	:	0	0	:	:	:
Lindesnes	:	0	:	:	:	:
Lyngdal	37	:	:	:	13	24
Hægebostad	0	0	0	0	0	0
Kvinesdal	13	:	:	:	4	9
Sirdal	:	0	:	0	:	:

Tabellen viser at det i alt 959 personer fra Mellom og Sør – Amerika. Av disse er 422 menn og 537 kvinner. 63 personer er mellom 0 – 18 år. 858 er mellom 19 og 66 år mens 38 er over 67 år. Kristiansand kommune har den største andelen her, etterfulgt av Mandal og Vennesla. Kristiansand kommune er den eneste kommunen med målbare tall på personer over 67 år.

Tabell 6 Fordeling i Aust-Agder fylke

Fylke og kommuner	Befolkningen i alt	Innvandrere i alt	Andel innvandrere av hele befolkningen
Aust-Agder	108499	8089	7,5
Risør	6894	463	6,7
Grimstad	20497	1645	8,0
Arendal	41655	3308	7,9
Gjerstad	2478	139	5,6
Vegårshei	1886	107	5,7
Tvedestrand	5939	402	6,8
Froland	5002	256	5,1
Lillesand	9465	611	6,5
Birkenes	4689	342	7,3
Åmli	1861	155	8,3
Iveland	1254	102	8,1
Evje og Hornnes	3397	315	9,3
Bygland	1223	62	5,1
Valle	1289	75	5,8
Bykle	970	107	11,0

Aust - Agder har i alt 8089 innvandrere. Dette utgjør 7.5 % av hele befolkningen i fylket. Arendal kommune er den kommunen med størst andel. Deretter følger Arendal og Lillesand. Færrest bor det i Bygglund kommune. Ser vi dette i forhold til hele andelen innvandrere i befolkningen finner vi Evje og Hornes med 9,3 %, Iveland med 8,1 % og Grimstad med 8,0 %.

Tabell 7 Fordeling i Aust-Agder fylke, Afrika, alder og kjønn

Fylke og kommuner	Fra Afrika i alt	0 – 18 år	19 – 66 år	Over 67	Menn	Kvinner
Aust-Agder	634	187	430	17	350	284
Risør	33	:	:	:	17	16
Grimstad	113	29	81	3	65	48
Arendal	329	108	215	6	181	148
Gjerstad	25	5	20	0	11	14
Vegårshei	14	:	:	:	8	6
Tvedestrand	30	10	16	4	19	11
Froland	:	:	:	:	:	:
Lillesand	29	:	:	:	13	16
Birkenes	25	3	22	0	18	7
Åmli	0	0	0	0	0	0
Iveland	:	:	0	0	:	:
Evje og Hornnes	21	8	13	0	11	10
Bygland	:	:	:	:	:	:
Valle	:	0	:	0	0	:
Bykle	0	0	0	0	0	0

Tabellen viser at det i alt 634 personer fra Afrika. Av disse er 350 menn og 284 kvinner. 187 er mellom 0 – 18 år. 430 er mellom 19 og 66 år mens 17 er over 67 år. Arendal kommune har den største andelen her, etterfulgt av Grimstad og Tvedestrand. Arendal, Tvedestrand og Grimstad har personer over 67 år.

Tabell 8 Fordeling i Aust – Agder fylke, Asia med Tyrkia, alder og kjønn

Fylke og kommuner	Asia med Tyrkia	0 – 18 år	19 – 66 år	Over 67	Menn	Kvinner
Aust-Agder	2198	432	1721	45	1020	1178
Risør	118	28	87	3	48	70
Grimstad	469	92	370	7	238	231
Arendal	904	123	758	23	433	471
Gjerstad	12	:	:	:	4	8
Vegårshei	30	:	:	:	13	17
Tvedestrand	70	:	:	:	30	40
Froland	72	17	55	0	36	36
Lillesand	201	33	162	6	74	127
Birkenes	67	:	:	:	34	33
Åmli	54	25	29	0	24	30
Iveland	31	15	16	0	14	17
Evje og Hornnes	113	:	:	:	45	68
Bygland	11	3	8	0	7	4
Valle	28	:	:	:	13	15
Bykle	18	8	10	0	7	11

Tabellen viser at det i alt 2198 personer fra Asia inkludert Tyrkia. Av disse er 1020 menn og 1178 kvinner. 432 personer er mellom 0 – 18 år. 1721 er mellom 19 og 66 år mens 45 er over 67 år. Arendal kommune har den største andelen her, etterfulgt av Grimstad og Lillesand. Arendal, Grimstad, Risør og Lillesand kommuner har alle innbyggere fra denne befolkningsgruppen over 67 år.

Tabell 9 Fordeling i Aust-Agder fylke Sør og mellom Amerika, Kjønn og aldersfordeling

Fylke og kommuner	Sør og mellom Amerika	0 – 18 år	19 – 66 år	Over 67	Menn	Kvinner
Aust-Agder	193	21	166	:	61	132
Risør	:	:	:	0	:	:
Grimstad	44	:	38	:	11	33
Arendal	79	:	:	:	25	54
Gjerstad	0	0	0	0	0	0
Vegårshei	:	0	:	0	0	:
Tvedestrand	:	0	:	:	:	:
Froland	:	:	:	0	:	:
Lillesand	13	0	13	0	5	8
Birkenes	13	:	:	0	4	9
Åmli	:	0	:	0	:	0
Iveland	0	0	0	0	0	0
Evje og Hornnes	:	:	:	0	:	:
Bygland	:	0	:	0	:	:
Valle	:	0	:	0	0	:
Bykle	0	0	0	0	0	0

Tabellen viser at det i alt 193 personer fra Mellom og Sør – Amerika. Av disse er 61 menn og 132 kvinner. 21 personer er mellom 0 – 18 år. 166 er mellom 19 og 66 år. Det finnes ikke målbare sikre tall på personer over 67 år fra SUB.

Tabell 10 Fordeling i Telemark fylke

Fylke og kommuner	Befolkningen i alt	Innvandrere i alt	Andel innvandrere av hele befolkningen
Telemark	168231	12268	7,3
Porsgrunn	34623	2594	7,5
Skien	51668	4783	9,3
Notodden	12390	680	5,5
Siljan	2412	125	5,2
Bamble	14107	727	5,2
Kragerø	10620	719	6,8
Drangedal	4159	228	5,5
Nome	6527	437	6,7
Bø	5595	416	7,4
Sauherad	4270	262	6,1
Tinn	6022	451	7,5
Hjartdal	1587	39	2,5
Seljord	2966	150	5,1
Kviteseid	2522	148	5,9
Nissedal	1404	72	5,1
Fyresdal	1381	146	10,6
Tokke	2337	106	4,5
Vinje	3641	185	5,1

Telemark har i alt 12268 innvandrere. Dette utgjør 7.3 % av hele befolkningen i fylket. Skien kommune er den kommunen med størst andel. Deretter følger Porsgrunn og Bamble. Færrest bor det i Hjartdal kommune. Ser vi dette i forhold til hele andelen innvandrere i befolkningen finner vi Fyresdal med 10,6 %, Skien med 9,3 %, Porsgrunn med 7,5 % og Bø med 7,4 %.

Tabell 11 Fordeling i Telemark fylke Afrika, alder og kjønn

Fylke og kommuner	Fra Afrika i alt	0 – 18 år	19 – 66 år	Over 67	Menn	Kvinner
Telemark	1631	465	1138	28	792	839
Porsgrunn	295	72	216	7	159	136
Skien	776	217	546	13	371	405
Notodden	99	:	:	:	52	47
Siljan	:	:	:	:	:	:
Bamble	103	:	:	:	46	57
Kragerø	71	:	:	:	37	34
Drangedal	22	:	:	:	10	12
Nome	66	27	39	0	29	37
Bø	46	16	30	0	21	25
Sauherad	31	:	:	:	14	17
Tinn	39	13	26	0	16	23
Hjartdal	0	0	0	0	0	0
Seljord	19	5	14	0	7	12
Kviteseid	:	:	:	:	:	:
Nissedal	0	0	0	0	0	0
Fyresdal	0	0	0	0	0	0
Tokke	13	:	:	:	5	8
Vinje	42	:	:	:	21	21

Tabellen viser at det i alt 1631 personer fra Afrika bosatt i Telemark Av disse er 792 menn og 839 kvinner. 465 personer er mellom 0 – 18 år. 1138 er mellom 19 og 66 år mens 28 er over 67 år. Skien kommune har den største andelen her, etterfulgt av Porsgrunn og Bamble. Skien og Porsgrunn kommuner har henholdsvis 13 og 7 personer over 67 år fra denne gruppen.

Tabell 12 Fordeling i Telemark fylke Asia med Tyrkia, aldersfordeling og kjønn

Fylke og kommuner	Asia med Tyrkia	0 – 18 år	19 – 66 år	Over 67	Menn	Kvinner
Telemark	3617	692	2846	79	1659	1958
Porsgrunn	882	126	739	17	423	459
Skien	1532	290	1208	34	713	819
Notodden	164	:	:	:	73	91
Siljan	34	:	:	:	11	23
Bamble	246	68	170	8	109	137
Kragerø	160	34	122	4	64	96
Drangedal	37	7	30	0	13	24
Nome	116	33	80	3	54	62
Bø	135	:	:	:	70	65
Sauherad	102	:	:	:	49	53
Tinn	134	14	112	8	55	79
Hjartdal	:	:	:	:	:	:
Seljord	19	:	:	:	5	14
Kviteseid	18	4	14	0	7	11
Nissedal	:	0	:	0	:	:
Fyresdal	14	4	10	0	8	6
Tokke	:	0	:	0	0	:
Vinje	:	:	:	0	:	:

Tabellen viser at det i alt 3617 personer fra Asia med Tyrkia bosatt i Telemark Av disse er 1659 menn og 1958 kvinner. 692 personer er mellom 0 – 18 år. 2846 er mellom 19 og 66 år mens 79 er over 67 år. Skien kommune har den største andelen her, etterfulgt av Porsgrunn, og Bamble. Skien, Porsgrunn, Tinn og Bamble, Kragerø og Nome kommuner har henholdsvis 34, 17, 8, 8, 4 personer over 67 år fra denne gruppen.

Tabell 13 Fordeling i Telemark fylke Sør og mellom Amerika

Fylke og kommuner	Sør og mellom Amerika	0 – 18 år	19 – 66 år	Over 67	Menn	Kvinner
Telemark	495	51	426	18	205	290
Porsgrunn	93	:	:	:	33	60
Skien	272	31	231	10	126	146
Notodden	21	:	:	:	8	13
Siljan	:	0	.	0	:	:
Bamble	10	0	:	:	:	:
Kragerø	25	:	:	0	6	19
Drangedal	:	:	:	0	:	:
Nome	:	:	:	0	:	:
Bø	16	:	:	0	7	9
Sauherad	:	:	:	0	:	:
Tinn	:	:	:	:	:	:
Hjartdal	0	0	0	0	0	0
Seljord	:	0	:	0	:	:
Kviteseid	:	0	:	0	0	:
Nissedal	:	0	:	0	:	:
Fyresdal	:	0	:	0	:	:
Tokke	:	:	:	0	:	:
Vinje	:	0	:	:	:	:

Tabellen viser at det i alt 495 personer fra Sør og Mellom Amerika bosatt i Telemark. Av disse er 205 menn og 290 kvinner. 51 personer er mellom 0 – 18 år. 426 er mellom 19 og 66 år mens 18 er over 67 år. Skien kommune har den største andelen her. Data fra de øvrige aktuelle kommunene er ikke oppgitt.

Tabell 14 Fordeling i Vestfold fylke

Fylke og kommuner	Befolkningen i alt	Innvandrere i alt	Andel innvandrere av hele befolkningen
Vestfold	231286	18873	8,2
Horten	25678	2319	9,0
Holmestrand	10065	684	6,8
Tønsberg	39367	3398	8,6
Sandefjord	43126	4053	9,4
Larvik	42412	3405	8,0
Svelvik	6466	449	6,9
Sande	8303	559	6,7
Hof	3064	156	5,1
Re	8710	536	6,2
Andebu	5294	285	5,4
Stokke	10994	1075	9,8
Nøtterøy	20713	1534	7,4
Tjøme	4685	317	6,8
Lardal	2409	103	4,3

Vestfold har i alt 18873 innvandrere. Dette utgjør 8.2 % av hele befolkningen i fylket. Tønsberg, Sandefjord og Larvik har størst andel. Færrest bor det i Lardal kommune. Ser vi dette i forhold til hele andelen innvandrere i befolkningen finner vi Sandefjord med en andel på 9,4 % etterfulgt av Horten med 9,0 % og Tønsberg med 8,6 %.

Tabell 15 Fordeling i Vestfold fylke Afrika, alder og kjønn

Fylke og kommuner	Fra Afrika i alt	0 – 18 år	19 – 66 år	Over 67	Menn	Kvinner
Vestfold	1395	358	1004	33	721	674
Horten	284	94	185	5	159	125
Holmestrand	35	4	31	0	21	14
Tønsberg	228	39	182	7	112	116
Sandefjord	229	39	184	6	119	110
Larvik	349	110	230	9	181	168
Svelvik	21	:	:	:	12	9
Sande	82	25	57	0	37	45
Hof	:	:	:	:	:	:
Re	22	:	:	:	11	11
Andebu	23	:	:	:	14	9
Stokke	41	6	35	0	17	24
Nøtterøy	58	:	:	:	29	29
Tjøme	:	:	:	:	:	:
Lardal	:	:	:	:	:	:

Tabellen viser at det i alt 3617 personer fra Afrika bosatt i Vestfold. Av disse er 721 menn og 674 kvinner. 692 personer er mellom 0 – 18 år. 2846 er mellom 19 og 66 år mens 79 er over 67 år. Skien kommune har den største andelen her, etterfulgt av Porsgrunn, og Bamble. Skien, Porsgrunn, Tinn og Bamble, Kragerø og Nome kommuner har henholdsvis 34, 17, 8, 8, 4 personer over 67 år fra denne gruppen.

Tabell 16 Fordeling i Vestfold fylke Asia med Tyrkia, alder og kjønn

Fylke og kommuner	Asia med Tyrkia	0 – 18 år	19 – 66 år	Over 67	Menn	Kvinner
Vestfold	5508	904	4475	129	2552	2956
Horten	684	109	566	9	315	369
Holmestrand	184	30	149	5	85	99
Tønsberg	1015	132	848	35	488	527
Sandefjord	1249	198	1027	24	584	665
Larvik	1028	154	846	28	491	537
Svelvik	80	16	57	7	36	44
Sande	90	18	69	3	36	54
Hof	15	:	:	:	:	:
Re	131	:	:	:	52	79
Andebu	53	11	42	0	22	31
Stokke	315	89	223	3	154	161
Nøtterøy	558	87	457	14	244	314
Tjøme	95	26	69	0	41	54
Lardal	11	3	8	0	:	:

Tabellen viser at det i alt 5508 personer fra Asia med Tyrkia er bosatt i Vestfold. Av disse er 2552 menn og 2956 kvinner. 904 personer er mellom 0 – 18 år. 4475 er mellom 19 og 66 år mens 129 er over 67 år. Tønsberg, Larvik og Sandefjord kommuner har den største andelen her. De samme kommunene har også flest personer fra denne gruppen over 67 år.

Tabell 17 Fordeling i Vestfold fylke, Sør og mellom Amerika, alder og kjønn

Fylke og kommuner	Sør og mellom Amerika	0 – 18 år	19 – 66 år	Over 67	Menn	Kvinner
Vestfold	495	51	426	18	205	290
Horten	93	:	:	:	33	60
Holmestrand	272	31	231	10	126	146
Tønsberg	21	:	:	:	8	13
Sandefjord	:	0	.	0	:	:
Larvik	10	0	:	:	:	:
Svelvik	25	:	:	0	6	19
Sande	:	:	:	0	:	:
Hof	:	:	:	0	:	:
Re	16	:	:	0	7	9
Andebu	:	:	:	0	:	:
Stokke	:	:	:	:	:	:
Nøtterøy	0	0	0	0	0	0
Tjøme	:	0	:	0	:	:
Lardal	:	0	:	0	0	:

Tabellen viser at det i alt 495 personer fra Sør og Mellom Amerika bosatt i Vestfold. Av disse er 205 menn og 290 kvinner. 51 personer er mellom 0 – 18 år. 426 er mellom 19 og 66 år mens 18 er over 67 år. Holmestrand kommune har den største andelen her. Data fra de øvrige aktuelle kommuner er ikke kjent.

Tabell 18 Fordeling i Buskerud fylke

Fylke og kommuner	Befolkningen i alt	Innvandrere i alt	Andel innvandrere av hele befolkningen
Buskerud	257673	26169	10,2
Drammen	62566	9950	15,9
Kongsberg	24714	2243	9,1
Ringerike	28806	2157	7,5
Hole	5976	512	8,6
Flå	998	65	6,5
Nes	3420	243	7,1
Gol	4479	465	10,4
Hemsedal	2087	279	13,4
Ål	4672	309	6,6
Hol	4422	490	11,1
Sigdal	3514	104	3,0
Krødsherad	2117	104	4,9
Modum	12911	744	5,8
Øvre Eiker	16616	1180	7,1
Nedre Eiker	22687	2352	10,4
Lier	23267	2529	10,9
Røyken	18894	1535	8,1
Hurum	9045	657	7,3
Flesberg	2578	96	3,7
Rollag	1390	46	3,3
Nore og Uvdal	2514	109	4,3

Buskerud har i alt 26169 innvandrere. Dette utgjør 10.2 % av hele befolkningen i fylket. Buskerud er da størst på andel innvandrere av regionene vi undersøkte. Drammen kommune er den kommunen med størst andel. Deretter følger Lier og Nedre Eiker. Færrest bor det i Rollag kommune. Ser vi dette i forhold til hele andelen innvandrere i befolkningen finner vi Drammen med 15,9 %, Hemsedal med 13,4 % og Lier med 10,9 %.

Tabell 19 Fordeling i Buskerud fylke, Afrika alder og kjønn

Fylke og kommuner	Fra Afrika i alt	0 – 18 år	19 – 66 år	Over 67	Menn	Kvinner
Buskerud	2134	490	1613	31	1150	984
Drammen	1017	193	811	13	551	466
Kongsberg	190	43	144	3	111	79
Ringerike	154	44	110	0	79	75
Hole	:	:	:	:	:	:
Flå	10	7	3	0	4	6
Nes	:	:	:	:	:	:
Gol	50	17	33	0	23	27
Hemsedal	:	:	:	:	:	:
Ål	23	9	14	0	11	12
Hol	36	:	:	:	24	12
Sigdal	:	:	:	:	:	:
Krødsherad	:	:	:	:	:	:
Modum	72	:	:	:	38	34
Øvre Eiker	74	19	52	3	35	39
Nedre Eiker	110	25	85	0	54	56
Lier	251	67	180	4	137	114
Røyken	52	:	:	:	23	29
Hurum	57	15	39	3	35	22
Flesberg	:	:	:	:	:	:
Rollag	:	:	:	:	:	:
Nore og Uvdal	:	:	:	:	:	:

Tabellen viser at det i alt 2134 personer fra Afrika bosatt i Buskerud. Av disse er 1150 menn og 984 kvinner. 490 personer er mellom 0 – 18 år. 1613 er mellom 19 og 66 år mens 31 er over 67 år. Drammen har 31 personer over 67 år i denne gruppa, Deretter følger Lier med 4, Kongsberg, Øvre Eiker og Hurum har tre personer over 67 år fra denne gruppen.

Tabell 20 Fordeling i Buskerud fylke, Asia med Tyrkia, alder og kjønn

Fylke og kommuner	Asia med Tyrkia	0 – 18 år	19 – 66 år	Over 67	Menn	Kvinner
Buskerud	9066	1245	7568	253	4277	4789
Drammen	4670	525	3993	152	2288	2382
Kongsberg	637	123	511	3	315	322
Ringerike	554	91	445	18	239	315
Hole	72	:	:	:	21	51
Flå	21	:	:	:	7	14
Nes	36	6	26	4	16	20
Gol	127	:	:	:	57	70
Hemsedal	28	8	20	0	12	16
Ål	44	16	28	0	24	20
Hol	50	:	:	:	21	29
Sigdal	13	:	:	:	4	9
Krødsherad	20	4	16	0	6	14
Modum	145	:	:	:	53	92
Øvre Eiker	308	74	227	7	130	178
Nedre Eiker	972	111	834	27	466	506
Lier	854	100	734	20	405	449
Røyken	369	62	295	12	165	204
Hurum	121	:	:	:	44	77
Flesberg	14	:	:	:	3	11
Rollag	:	:	:	:	:	:
Nore og Uvdal	:	:	:	:	:	:

Tabellen viser at det i alt 9066 personer fra Asia med Tyrkia bosatt i Buskerud. Av disse er 4277 menn og 4789 kvinner. 1245 personer er mellom 0 – 18 år. 7568 er mellom 19 og 66 år mens 253 er over 67 år. Drammen har 152 personer over 67 år i denne gruppa, Deretter følger Nedre Eiker med 27 og Lier med 20. Ringerike har 18 og Røyken 12 personer over 67 år fra denne gruppen.

Tabell 21 Fordeling i Buskerud fylke, Sør og mellom Amerika, aldersfordeling og kjønn

Fylke og kommuner	Sør og mellom Amerika	0 – 18 år	19 – 66 år	Over 67	Menn	Kvinner
Buskerud	806	64	696	46	308	498
Drammen	226	14	199	13	103	123
Kongsberg	150	7	133	10	51	99
Ringerike	87	9	75	3	31	56
Hole	22	:	:	0	6	16
Flå	:	0	:	0	0	:
Nes	:	:	:	0	:	:
Gol	:	:	:	0	:	:
Hemsedal	:	0	:	0	:	0
Ål	:	:	:	0	:	:
Hol	14	:	:	:	5	9
Sigdal	0	0	0	0	0	0
Krødsherad	:	0	:	0	:	:
Modum	29	3	18	8	8	21
Øvre Eiker	37	7	27	3	14	23
Nedre Eiker	78	:	:	:	22	56
Lier	61	5	53	3	23	38
Røyken	46	:	:	:	20	26
Hurum	15	:	:	:	7	8
Flesberg	:	0	:	0	0	:
Rollag	:	0	:	0	:	:
Nore og Uvdal	:	:	:	0	:	:

Tabellen viser at det i alt 806 personer fra Sør og Mellom Amerika bosatt i Buskerud. Av disse er 308 menn og 498 kvinner. 64 personer er mellom 0 – 18 år. 696 er mellom 19 og 66 år mens 46 er over 67 år. Drammen har 13 personer over 67 år i denne gruppa, Deretter følger Kongsberg med 10 personer over 67 år fra denne gruppen.

Ser vi på fordelingen mellom kommunene av innvandrerbefolkningen i alle tre fylkene finner vi et tydelig mønster. Store kommuner med nabokommuner bosetter de fleste av innvandrerguppene. Her finner vi også de største konsentrasjonene av personer over 67 år.

Likevel ser vi også at enkelte bosetter seg i mindre kommuner.

4. Metode og datagrunnlag

I dette kapitlet vil vi presentere metoden og datagrunnlaget som rapporten er basert på. Kapitlets første del er en redegjørelse for gjennomføringen av undersøkelsen, datagrunnlaget, hvem som har svart på spørreskjemaet og datas representativitet. Til sist drøftes den metodiske tilnærmingen vi her har valgt.

4.1 Datainnsamling

Kartleggingen av status i kommunene har vært gjennomført i hovedsak ved bruk av kvantitativ metode. I tillegg til dette er det gjennomført intervjuer med lederne av utviklingscenter for hjemmetjeneste og sykehjem i regionen (Vest-Agder, Aust-Agder, Telemark, Vestfold og Buskerud.) til sammen 10 intervjuer.

Den kvantitative datainnsamlingen i prosjektet er foretatt ved et spørreskjema som ble elektronisk distribuert, til alle omsorgssjefer og enhetsledere i sykehjem og hjemmetjenester, basert på opplysninger kommunene selv rapporterte inn i forbindelse med planleggingen av prosjektet.

De kvalitative intervjuene ble gjennomført av medarbeiderne ved utviklingssentrene. Intervjuene varte fra 1 – 1,5 time. Det ble tatt utgangspunkt i en felles intervjuguide. Intervjuene ble skrevet ut umiddelbart etter at de var gjennomført.

De kvalitative intervjuene har sammen med det kvantitative datagrunnlaget bidratt til å tegne et bilde av status i kommunene og de utfordringene og utviklingsmulighetene som ligger i dette.

4.2 Datagrunnlag

Skjemaet er sendt ut til 470 respondenter pr. har vi fått svar fra 238 som gir en svarprosent på 51. Vi valgte å gå brett ut i kommunen for å kunne samle mest mulig data om temaet. Svarprosenten er her noe lav, likevel mener vi den gir et bilde av hvordan situasjonen er regionalt.

Av stor regionens 83 kommuner hadde vi pr. 01.03.11 fått svar fra respondenter i 61 kommuner. Dette gir en svarprosent av antall kommuner på 73. Vi ser på dette som en akseptabel svarprosent på kommunenivå, selv om vi mener den burde vært høyere ut fra den debatt som har vært omkring temaet. Likevel er det mange som oppfatter at dette ikke ennå er en utfordring for kommunen, da de har få eller ingen innvandrere i behov av omsorgstjenester. Det er grunn til å tro at en finner slike kommuner blant de som ikke har svart på undersøkelsen.

Data vil hovedsakelig bli analysert og kommentert ut fra respondentenes stilling og ut fra kommunistørrelse der det er hensiktsmessig.

Svarprosenten på spørreskjemaundersøkelsen fordeler seg slik mellom fylkene:

Tabell 22 Svarfordeling på spørreskjemaundersøkelsen etter fylke

Fylke	Antall kommuner	Antall svar på kommunenivå	Prosent
Vest-Agder	15	12	80
Aust-Agder	15	9	60
Telemark	18	12	67
Vestfold	14	14	100
Buskerud	21	14	67
SUM	83	61	71

Svarprosenten varierer regionalt fra 100 prosent i Vestfold til 60 % i Aust-Agder.

Av i alt 83 kommuner har 61 svart. 73 % av kommunene i utvalget er representert i undersøkelsen, noe som er med på å styrke data kvalitet geografisk og befolkningsmessig.

4.3 Representativitet i forhold til kommunestørrelse

Undersøkelsen er en kartlegging av alle kommuner i Vest-Agder, Aust-Agder, Telemark, Vestfold og Buskerud.

Av 470 utsendte skjemaer fikk vi svar fra 239 noe som gir en svarprosent på 51. Et frafall på 49 medfører en risiko for at det kan være skjevheter som reduserer mulighetene for å generalisere våre funn som et uttrykk for alle kommunene i utvalget. Likevel mener vi at det er stor grunn til å anta at det høye antall kommuner som har svart, jf. tabell 22 og i og med flere fra hver kommune har deltatt at validiteten styrkes. 73 % av kommunene er representert i utvalget.

4.4 Hvem har besvart spørreskjemaet

Omsorgsjefer/kommunalsjefer, enhetsledere ved sykehjem og hjemmetjenester, og andre aktuelle personer som kommunen mente burde svare på skjemaet – besvarte dette. Vi valgte denne brede tilnærmingen på bakgrunn av ønsket om å innhente mest mulig kunnskap om temaet ut i kommunenes omsorgstjenester. En annen viktig faktor her er at kommunene vi her undersøker er ulikt organisert. Ved å gå ut på denne måten har vi prøvd å sluse inn alle aktuelle informanter. I tillegg har også lederne for utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester besvart undersøkelsen. Tabellen nedenfor gir en oversikt over svargiverne.

Tabell 23 Svargivers stilling

Stilling	Antall	Prosent
Omsorgssjef	43	18
Enhetsleder – institusjon/omsorgsbolig	68	29
Enhetsleder - hjemmetjenester	67	28
Annen tittel	29	12
Ikke oppgitt tittel	31	13
Sum	239	100

Av det totale antall respondenter fra de 61 kommunene som har svart finner vi 43 omsorgssjefer, 68 ledere fra institusjon og omsorgsbolig, 67 fra hjemmetjenestene og 29 med annen tittel, 31 har ikke oppgitt sin tittel.

Svargivers stilling er viktig i arbeidet med å tolke vårt datamateriale. På den kommunale arena som eller i samfunnet finnes ”forkjempere” og ”voktere”- ledelse og mellomledere/fotfolk. Det er grunn til å anta at flere av mellomlederne/institusjons og hjemmetjenesteledere også er fotfolk i denne sammenheng. Dette fordi flertallet av kommunene i vårt utvalg er små kommuner. Fotfolket i de kommunale enhetene fungerer oftest som forkjempere for økt aktivitet og større bevilgninger, mens ledelsen – etatslederne blir ”voktere” som har ansvar for å fordele midler som er bevilget og drive budsjettkontroll. (Wildavsky 1974).

Tabell 24 Antall og fagbakgrunn til respondentene i spørreskjemaet

Utdanning	Antall	Prosent
Sykepleier	146	63
Vernepleier	21	9
Hjelpepleier/omsorgsarbeider	8	3
Annen helsefaglig utdanning	9	4
Annen utdanning	23	10
Utdanning ikke oppgitt	31	13
Sum	238	102

Sykepleierne utgjør flertallet av svargiverne med 63 %. Dette er ikke unaturlig da sykepleierne dominerer på ledelsessiden i den kommunale omsorgssektor. Personer med annen relevant utdanning utgjør 23 %. Vernepleiere 21 % og 9 % oppgir annen helsefaglig bakgrunn. Av de 13 % som ikke har oppgitt utdanning er det grunn til å tro at noen av disse vil falle inn i de ovennevnte kategoriene.

4.5 Kort kommentar til metodene i undersøkelsen

Spørreskjemaet og intervjuguide ble testet ut på personer med erfaring fra kommunal omsorgstjeneste før det ble distribuert og før intervjuene ble gjennomført. Datainnsamlingsverktøyene ble justert i henhold til kommentarer fra disse.

Under datainnsamlingen fikk vi noen tilbakemeldinger på at spørreskjemaet var for omfattende og enkelte spørsmålsstillinger var vanskelige. Ved en nedkorting av skjemaet kunne nok svarprosenten blitt høyere. Noen respondenter hadde problemer med den tekniske løsningen vi hadde valgt for datainnsamlingen. I hvilken grad det for noen respondenter ble et problem at spørreskjemaet skulle besvares elektronisk og at det medførte at en lot være å svare på det er usikkert.

Det er viktig å understreke at det datasettet som ligger til grunn for rapporten både det kvantitative og det kvalitative materialet ikke kan gi et fullstendig bilde av hvordan situasjonen er i alle kommunene. Men vi antar at data framstilt i rapporten vil tegne et bilde av viktige sider ved status og svargivernes synspunkter på framtidige utfordringer i kommunene på temaet. Det er viktig å understreke at det alltid vil være en forskjell mellom hva en sier og hva en gjør.

Spørreskjema dataene beskriver NÅ-situasjonen og sammenholdes med materialet fra intervjuene. Data kunne vært styrket med flere intervjuer både av ansatte, brukere og politikere.

Når det gjelder både intensjoner og vurderinger vil vi si at våre data er pålitelige uttrykk for vurderinger og holdninger hos svargiverne nå. Hvordan dette vil se ut i framtidas virkelighet er selvsagt noe helt annet. Dette er sagt som en påminnelse i forhold til tolkningen av data. Usikkerhet om framtidige forhold vil uansett bestå og må tas i betraktning.

5. Kompetanse og kompetansebehov i møte/framtidig møte med mennesker med innvandrerbakgrunn

Ansatte i den kommunale omsorgstjenesten møter stadig større utfordringer i forhold til et voksende mangfold av brukergrupper, dette gjelder spesielt i de store kommunene. I statlig politikk er brukerreting i vid forstand et viktig ledd i moderniseringsprogrammet i offentlig sektor og omfavner også brukere av offentlige tjenester som har en etnisk minoritetsbakgrunn. I St.meld. nr. 49 (2003-2004): Mangfold gjennom inkludering og deltakelse - Ansvar og frihet. Påpeker regjeringen viktigheten av å se flerkulturell brukertilpasning i sammenheng med etnisk likestilling og integrering. Det påpekes at brukerreting står sentralt i regjeringens arbeid for å modernisere offentlig forvaltning, og har relevans i saker som gjelder innvandrere og mangfold gjennom inkludering og deltakelse.

Samtidig som det registreres økt mangfold av brukergrupper som har behov for offentlige tjenestetilbud av ulik art, registreres det også at den kommunale omsorgstjenesten har behov for mer kunnskap i det å møte utfordringene det økte mangfoldet medfører, (Nergård 2009,) (Disch og Vetvik 2009,) (Ingebretsen og Romøren 2005).

Regjeringen går inn for at flest mulig offentlig ansatte skal få tilbud om kompetanseheving for å styrke forståelsen og samhandlingskompetansen med nye brukergrupper. Generell kompetanseheving er viktig for å bevisstgjøre tjenesteyterne i å møte brukere som er annerledes enn tjenesteyteren selv.

Helseforetakene har i større grad enn kommunene tatt tak i disse utfordringene. Dette kan ha flere årsaker. Likevel er det viktig nå at kommunene også tar disse kompetanseutfordringene opp i seg. Dette blir også presisert i St.meld. nr. 25 (2005 – 2006). Her blir blant annet kommunene bedt om å ta disse nåværende/framtidige utfordringene inn som tema i de kommunale omsorgsplanene som kommunene bør utarbeide.

Hvem har så ansvaret for at kommunene tar tak i disse utfordringene. Kommunal handlefrihet og kommunalt selvstyre er viktige prinsipper for statlig styring. Dette er prinsipper som også gjelder for kommunal politikk overfor innvandrerbefolkningen. Statlig styring av kommunesektoren skjer gjennom utformingen av rammer og fastsetting av de overordnede kommunale mål. Kommunene har likevel noen særskilte pålagte oppgaver i forhold til flyktninger, personer med opphold på humanitært grunnlag og deres familier. Disse påleggende regulerer og setter standard for disse, gjennom bl.a. introduksjonsprogram og norskundervisning.

Kommunen har utover dette ikke noe særlig ansvar for innbyggere med innvandrerbakgrunn, men har ansvar for dem på lik linje med ansvaret kommunen har for alle innbyggere i kommunen.

I forhold til brukertilpasning som skisseres over, er det av stor betydning å kunne påvise om kunnskapen og kompetansen offentlig ansatte har utgjør et godt nok grunnlag for å nå målet om likeverdig tjenesteyting for alle brukergrupper, uavhengig av etnisk bakgrunn. Dette er noe av grunnen til at Helsedirektoratet og Helse- og omsorgdepartementet ønsker ønsket kunnskap om disse utfordringene og hva bl.a. kompetansebehovet består i.

I dette kapittelet vil vi først se nærmere på hvordan respondentene opplever kommunens og enhetenes kompetanse på dette området. Deretter vil vi se nærmere på hvordan kompetanseoppbygging kan utføres og hvordan kommunen kunne tenke og prioritere i forhold til ulike utdanningstilbud. Til sist vil vi se nærmere på hvor respondentene ville henvende seg om de trengte råd om spørsmål knyttet til omsorgen for brukere med innvandrerbakgrunn.

5.1. Vurdering av kompetanse og kompetansebehov

I denne kartleggingen har vi blant annet forespurt respondentene om hvordan de vurderer dagens kompetanse i forhold til det å utøve/utøve i framtid, omsorg for mennesker med minoritetsbakgrunn.

Tabell 25 *Hvordan vurderes kompetansen i omsorgstjenesten i forhold til det å utøve/utøve i framtid tjenester til mennesker med innvandrerbakgrunn*

Svaralternativer	Antall	Prosent
Kommunen har meget god kompetanse på området	9	5
Kommunen har noe kompetanse på området	94	48
Kommunen har lite kompetanse på området	70	36
Kommunen har ingen kompetanse på området	4	2
Vet ikke	19	10
Sum	196	101

5 % av respondentene oppgir at kommunen har meget god kompetanse på området, 48 % oppgir noe kompetanse mens 38 % sier at kommunen har liten eller ingen kompetanse på området.

Ser vi disse dataene i forhold til kommunestørrelse finner vi at det er kommuner over 5000 innbyggere som i all hovedsak opplever at de har noe kompetanse på området. Dette kan igjen ha sin årsak i at innvandrerbefolkningen bosetter seg i større kommuner. I utvalget finner vi også noen mindre kommuner som mener de har noe kompetanse. Dette er kommuner som har/har hatt asylmottak i kommunen, noe som kan ha gitt erfaringer og kunnskap på området.

Ser vi på svargivers stilling finner vi ingen avvikende sammenheng mellom omsorgsjefer og mellomledere. Det syntes å være god oversikt over egen kompetanse på området.

Går vi ned og spør om den enkeltes enhet sin kompetanse på området får vi disse svarene:

Tabell 26 *Hvordan vil du vurdere din enhets kompetanse i forhold til det å utøve/utøve i framtid tjenester til mennesker med innvandrerbakgrunn*

Svaralternativer	Antall	Prosent
Min enhet har meget god kompetanse på området	3	2
Min enhet har noe kompetanse på området	53	27
Min enhet har lite kompetanse på området	137	70
Min enhet har ingen kompetanse på området	3	2
Vet ikke	0	0
Sum	196	101

2 % oppgir at de har meget god kompetanse i den enheten de tilhører, 27 % svarer noe, 70 % har liten kompetanse og 2 % oppgir ingen kompetanse.

Går vi ned på den enkelte enhet finner vi mer usikkerhet knyttet til kompetanse på området. Ser vi dette i forhold til svargiver stilling finner vi ingen forskjell på respondenter fra hjemmetjenesten og institusjonstjenesten, de syntes begge å være like usikre.

Likevel finner vi noe mer sikkerhet i kompetanse i store kommuner – denne gangen tydelig over 20.000 innbyggere.

Det er grunn til å tro at disse tallene avslører en usikkerhet omkring dette temaet, kompetanse, noe som framkommer i kommentarene. Dette samsvarer også med de funn som framkom i studien Framtidas omsorgsbilde: ”Disch og Vetvik (2009).

Spørreundersøkelsen viser et generelt behov for kompetanseheving blant respondentene. I det følgende skal vi se på hva respondentene mente dette kompetansebehovet består av.

Nedenfor har vi oppsummert noen av respondentenes kunnskapsbehov.

Kunnskap om språk, religion, kultur og tradisjon – feiring av høytider

Psykisk helse hos innvandrere – posttraumatisk stress

Livsstil sykdom, demens

Kunnskap om andre kulturers forståelse av sykdom, ritualer ved alvorlig sykdom og død

Kommunikasjon

Kunnskap om mat

Kunnskap om hvordan det oppleves å være innvandrer i Norge

Kunnskap om bruk av tolk

Kunnskap om syn på funksjonshemmede

Kunnskap om hvordan en kan benytte frivillige i forhold til disse gruppene

Kunnskap om det å takle utvikling av demens hos pasienter med minoritetsbakgrunn – forhold til familie og sosialt nettverk.

Kunnskap om konflikthåndtering

Vi vil her kommentere noen av de behov som framkommer. Punktene som her ikke blir kommentert vil bli kommentert seinere i rapporten.

Disse kunnskapsområdene som her skisseres fra respondentene, drøftes også som viktige kunnskapsområder i St. melding nr. 49 (2003 -2004) Mangfold gjennom inkludering og deltakelse. Det kartleggingen her avdekker er at det fra kommunen er uten brukere med innvandrerbakgrunn også er interesse for disse temaene. Dette kan ha sin årsak i den politiske debatt på området – men kan også ha sin årsak på det sterkere fokus en nå legger på omsorgstjenestenes innhold der en fokuserer i sterkere grad på individuelle behov.

Flere nevner også behovet for mer kunnskap og kompetanse om sykdomsbildet som spesielt eldre innvandrere har, som er noe mer uvanlige enn blant flertallsbefolkningen Migrasjon innebærer ofte kostholds- og aktivitetsvaner og andre livsstilsendringer. Enkelte grupper blant innvandrerne har livsstilsvaner som er fordelaktige sett i helsesammenheng. Ofte er kvinnene røykfrie, og mange har meget gode kosttradisjoner fra hjemlandet. Undersøkelser indikerer imidlertid at enkelte sykdommer som knyttes til spesielle kostholdsvaner og lite fysisk aktivitet, som diabetes 2, hjerte-karsykdommer og muskel og sjelettplager, er mer utbredt blant noen innvandrergrupper enn i befolkningen ellers (Blom 1998).

Kartleggingen viser at hjemmetjenesten fokuserer sitt behov for kompetanseheving mot kommunikasjon. Dette kommer også fram som et viktig område å arbeide videre med. Noen sier bl.a. at hjemmetjenesten syntes å ha utfordringer med det å komme i kontakt med den eldre innvandrerbefolkningen. Det kan særlig være en utfordring knyttet til arbeidet med å diagnostisere og følge opp eldre innvandrere som har utviklet eller er i ferd med å utvikle demens. Helse og omsorgstjenesten har som utfordring i det å skape trygge og gode rammer for dialog knyttet til problemstillinger som kan være svært vanskelige.

Behov for kunnskap om kultur og kulturelle forskjeller oppgis nær av alle som kommenterer dette spørsmålet nærmere. Religiøse og kulturelle forskjeller kommer bl.a. fram ved mattradisjoner, forståelse av enkeltsykdommer og ved livets slutt. For mange innen omsorgstjenesten syntes det å være en spesiell utfordring å håndtere dødsleie, dødsfall som i stor grad er kulturelt betinget også i vår tradisjon. Spesielt utfordrende syntes dette å være i møtet med personer med ikke vestlig kulturbakgrunn.

Behov for kunnskap om religion er også et viktig område som avdekkes i kartleggingen. Mange innvandrere kommer fra land og sammenhenger der religion har en større plass i folks dagligliv enn i Norge, og er i større grad vant til å kommunisere sin religiøse tilhørighet i det daglige. En viktig del av troen er for eksempel det å bære hodeplagg eller behandle mat på bestemte områder. Slik synliggjøres tro og religion i hverdagslivet og i det offentlige rom. Dette kan føre til at mange utøvere i sektoren kommer i ulike dilemma – hva skal vi legge til rette for og innenfor hvilke rammer skal vi tilrettelegge for dette. Sist men ikke minst hvordan utfordrer det meg og min overbevisning.

Statistikk fra SSB 2010 viser at innvandrere deltar i mindre grad enn flertallsbefolkningen i de tradisjonelle frivillige organisasjonene. De tradisjonelle frivillige organisasjonene gir viktige bidrag inn i den ”aktive” omsorgen. Hvordan samarbeide med disse organisasjonene i forhold til det å bidra inn mot yngre og eldre brukere med innvandrerbakgrunn, spør noen av respondentene.

Det som her er skissert er ikke ukjente utfordringer. Nå er det viktig å se på hva en kan gjøre med dette. Etter vår oppfatning er det viktig for kommunene og utdanningsinstitusjonene å samarbeide tett om kunnskapsutvikling på dette punktet. Som viktige bidragsytere i dette er innvandrerorganisasjonene og ansatte med innvandrerbakgrunn. Et viktig forutsetning er at kunnskap om mangfold gjennom inkludering og deltakelse blir viktige punkter i arbeidet md å

utvikle nye rammeplaner for velferdsstatens rammeplansstyrke profesjonsutdanninger. Dette er viktig da disse planene ligger som plattformen i utvikling av lokale fagplaner.

Interkommunal samhandling er ikke noe nytt fenomen i norske kommuner. I norske kommuner, også i vårt utvalg, finner vi denne samhandlingstypen på flere sektorer også innen omsorgstjenestene. Flere kommuner og spesielt små og mellomstore kommuner har utfordringer både når det gjelder rekruttering av personell og utvikling av kompetanse. Et viktig perspektiv her kan være at flere kommuner går sammen om å utvikle kompetanse modeller også på dette området. Samhandlingsreformen aktualiserer interkommunalt samarbeid og åpner et større samarbeid både mellom kommuner og helseforetak – kompetanseutvikling er en viktig del av dette.

Samhandlingsreformen slik intensjonen nå er blir det en viktig forutsetning at pasienter raskt overføres til kommunene. I dette ligger det et stort behov for kommunal kompetanse. I vårt tilfelle – behov for kompetanse om mennesker med innvandrerbakgrunn. Innledningsvis i dette avsnittet skrev vi om at helseforetakene har kommet lengre i kunnskapsutvikling på dette feltet enn kommunene. Helseforetaket blir derfor viktig i kunnskapsoverføring til kommunene om disse temaene og de behov innvandretpasientene har, jf. NAKMI sine initierte prosjekter mot utvalgte helseforetak for å utvikle konseptet: 'Migrant-friendly Hospitals'

5.2. Hvordan vil kommunen prioritere opplæringstiltak

Den kommunale økonomien er i mange kommuner svært presset. Det fører også til at budsjettene i omsorgssektoren og dens kompetansehevingsbudsjett er anstrengt. For politiske og administrative ledere kan det derfor være en utfordring å sende sine medarbeidere på kurs. En leder som ønsker å prioritere en tverrkulturell kompetanseheving innenfor sitt ansvarsområde står ofte i tillegg overfor et prioriteringsproblem i forhold til andre områder som trenger kompetanseheving. En annen viktig faktor er hvordan ledere motiverer ansatte til å gå på kurs? Hva er de gode argumentene? Det handler for det første om at det er viktig å tette kompetansehull. For det andre kan det å prioritere for eksempel tverrkulturell kompetanse gi positive ringvirkninger i form av bedre arbeidsmiljø for ansatte, lavere konfliktnivå, økt opplevelse av mestring og bedre tjenesteytelse for brukere av ulike tjenester.

I Hordaland har en utviklet en egen kompetansemodell i forhold til disse utfordringene:

Et viktig element i Hordalandsmodellen er at det settes søkelys på det norske og ikke bare på "de andre". De færreste i dagens samfunn har tverrkulturell kompetanse som en del av sin utdanning. Det mest sentrale virkemidlet i Hordalandsmodellen er et basiskurs i tverrkulturell kompetanse. Men like viktig som selve basiskursene, er det omfattende arbeidet som gjøres rundt disse kursene. Det handler om å bidra til å sette i gang en rekke små og større prosesser som til sammen utgjør en tverrkulturell kompetanseheving. I forkant av basiskursene innebærer det et arbeid med forankring, motivering og rekruttering (Hordalandsmodellen). Det handler om:

- å forankre arbeidet i ledelsen
- å motivere ledere og mellomledere og
- å rekruttere og motivere ansatte

Modellen er brukt i flere av vestlandskommunene med gode resultater.

I kartleggingen spurte vi bl.a. om en tror ansatte kunne tenke seg å gjennomføre en videreutdanning med fokus på flerkulturelle spørsmål ved en av høyskolene i regionen?

Tabell 27 Om en har arbeidstakere som kan tenke seg å gjennomføre en videreutdanning med fokus på flerkulturelle spørsmål ved en av høyskolene i regionen?

Kategori	Antall	Prosent
Ja	34	17
Nei	25	13
Vet ikke	135	70
Sum	194	100

Tabellen viser at 17 % av svargiverne kunne tenke seg å ta en slik utdanning. 13 % svarer nei og 70 % vet ikke.

Ser vi disse svarene i forhold til kommunestørrelse finner vi at flertallet av de som her svarer ja kommer fra kommuner over 5000 innbyggere – med et flertall av kommuner over 20.000 innbyggere. Det har nok sin årsak at flere av disse kommunene opplever kompetansebehovet som stort sett i forhold til antall brukere. Mindre kommuner varer nei, flertallet her er usikre. Dette har nok sin årsak i både behov om spørsmål om hva dette innebærer både av kostnad og tidsressurser for kommunene.

Vi spurte respondentene om en kunne tenke seg å bruke tid og ressurser i enheten på kurs/seminarer om temaet i regi av utviklingssentrene. Da fikk vi følgende svar:

Tabell 28 Om en har arbeidstakere som kan tenke seg å gjennomføre kurs/seminar med fokus på flerkulturelle spørsmål i regi av utviklingssentrene?

Kategori	Antall	Prosent
Ja	132	68
Nei	18	9
Vet ikke	45	23
Sum	195	100

Tabellen viser noe helt annet enn forrige. Et klart flertall på 68 % kan tenke seg å gjennomføre kurs/seminar med fokus på flerkulturelle spørsmål i regi av utviklingssentrene. 9 % svarer nei og 23 % vet ikke.

Her finner vi en lineær sammenheng som viser at interessen øker med kommunestørrelsen.

Hvilke temaer vil være relevante i forhold til den kompetanse respondentene mener enheten trenger:

- Kulturforståelse*
- Religionen og ritualenes betydning*
- Ernæring*
- Livsstilsykdommer*
- Demens, psykisk helse, traumer*
- Etikk*
- Ritualer ved livets slutt*
- Kommunikasjon på tvers av språkbarrierer*
- Konfliktløsning*
- Lære mer om hvordan å kommunisere med pårørende*
- Bruke livshistorier*
- Verdier i møte med andre kulturer*
- Hvordan gi mennesker med en annen kulturell bakgrunn god aktiv omsorg*
- Hvordan anvende frivillige*

Dette viser at respondentene er villig til å satse kompetanseoppbygging på dette feltet i form av kortere kurs og seminarer om temaet. Dette viser at utviklingssentrene kan få en viktig rolle som kunnskapsbaser om dette temaet framover.

Det er grunn til også å kommentere prioriteringene i kommunene her gjør mellom høyskole og utviklingssentrene. Dette viser at kommunene ikke vil satse på langvarige utdanninger – men satse på kurs og seminarer. Det kan være flere årsaker til dette, men en viktig årsak er nok den kommunale økonomien og sårbarhet i forhold til det å fristille personer for kompetanseheving over lengre tid. En annen viktig årsak til denne prioriteringen er selvsagt at flere kan delta på kortere seminarer og kurs.

Vi spurte også respondentene om de hadde gode erfaringer med eget kompetansehevingsarbeid i kommunen. Svarene viser at ansatte som har erfaringer med tjenester til innvandrere legger vekt på positive erfaringer og at det er faglig utviklende og spennende å finne gode løsninger på omsorgsbehov

Flere hadde erfaringer her. Respondentene svarte slik:

- *Vi har eget program som starter nå MIKS, denne erfaringen vil bli god. Vi har også har samarbeid om etisk refleksjon, og øvelser på å forstå forskjellighet i samarbeid med minoritetsbakgrunn. Det har gitt god kompetanse i tillegg til et flott kommunalt voksenopplæringsssenter som deler viktig kunnskap.*
- *Vi får litt kompetanse ved å ta imot fremtidige arbeidssøkere til praksisplasser ved virksomheten.*
- *Har hatt ansatte med minoritetsbakgrunn i en virksomhet, brukt disse ambulant/flere steder. Vanskeligst der det eldre familiemedlemmet har manglende forståelse selv for enkle begrep på norsk - vært avhengig av familie. Dette har fungert.*
- *Ved å ansette/ha på tiltak mennesker fra denne gruppen har vi fått tilført kompetanse.*
- *Det å arbeide sammen med en kollega med minoritetsbakgrunn er i seg selv kompetanseutviklende.*
- *Har prosjekt "Flerkulturell kompetanse" som har gått over et år. Det går på språktrening for ansatte med flerkulturell bakgrunn, kulturforståelse for alle ansatte.*
- *Min arbeidsplass inkluderer språkpraksisplasser fra mange forskjellige land, og noen resulterer i ansettelser. Egen erfaring fra inneliggende pasienter.*
- *Ansatte med minoritetsbakgrunn kan gi viktig kunnskap om kulturforståelse.*
- *Har hatt godt samarbeid med en videregående skole i forhold til en skoleklasse med innvandrere som skulle ta omsorgsfag. Praksis hos oss. hatt klienter i hjemmetjenesten tidligere, med veiledning fra flyktning kontoret. Hatt sosiale samlinger med innvandrere og norske Er interessert i folk fra andre land. De har noe å lære oss. Har kollegaer med innvandrebakgrunn.*
- *Viktig med samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner som UIA og kommunen. Forskning og metodeutvikling.*
- *Etisk refleksjon.*

Dette er et utdrag av kommentarene fra respondentene. Det framgår av kommentarene ulike tiltak som er iverksatt. Det er grunn til å merke seg samarbeid med utdanningsinstitusjoner og NAV i forhold til dette. Viktig er det også den kompetansen som erverves i samhandling mellom arbeidstakere.

Dette viser at det å:

- spre tverrkulturell kompetanse på arbeidsplassene
- etablere nettverk på og mellom ulike arbeidsplasser og
- stimulere ansatte til videre læring, kunnskapsutvikling og utdanning er viktig.

Tabell 29 *Hvor vil du henvende deg om du skulle trenge råd i forbindelse med arbeidet med brukere med innvandrerbakgrunn*

Sted	Antall	%	N
Til flyktningmottaket	160	67	199
NAV	59	25	199
Til helseforetaket	21	9	199
Til kollega	35	15	199
Til en kollega med innvandrerbakgrunn	79	33	199
Kontaktet pårørende	77	32	199
Annet	34	14	199
Vet ikke	3	1	199

Det lokale flyktningmottaket syntes å være den viktigste kilden til informasjon og veiledning for omsorgspersonell. Deretter følger en kollega med innvandrerbakgrunn, pårørende og så NAV.

Undersøkelser viser at også NAV trenger mer kompetanse på dette området i arbeidet med å bli en god rådgiver overfor kommunen om disse temaene. Ser vi hvilke kommunetypologier som samhandler med NAV – finner vi her de mindre kommunene.

Det er grunn til å merke seg at 33 % oppgir at de ville søke råd hos en kollega med innvandrerbakgrunn i slike saker. Dette kan ha sin årsak i at 2/3 av svargiverne har kolleger med innvandrerbakgrunn. Spesielt er dette i større kommuner.

34 % svarer annet. Kommuner som svarer andre kilder er ofte store kommuner.

6. Informasjon og formidling av tjenestetilbudet

For å kunne nå ut til alle kommunens innbyggere om tjenestetilbud er informasjon en viktig faktor. I dette kapittelet vil vi sette fokus på informasjon og formidling av tjenestetilbudet fra den kommunale omsorgstjenesten til personer med innvandrerbakgrunn.

I den første delen vil vi sette fokus på informasjonsmateriell deretter på hvordan tjenestetilbudet blir gjort kjent for aktuelle brukere og om det samarbeides på tvers i kommunen om informasjonsformidling. Til sist vil vi se nærmere på hvordan omsorgstjenesten får vite om tjenestebehov hos aktuelle brukere i kommunen.

6.1. Informasjonsmateriell

Utvikling av en tydelig og klar informasjonsstrategi over for mennesker med minoritetsbakgrunn er en mangelvare i de fleste kommuner. Dette har nok sin årsak i at dette er en omfattende og lite utviklet område i den kommunale informasjonsstrategien. Utvikling av en informasjonsstrategi krever en fokusert satsning, som for mange kommuner kan være svært kostnadskreven.

Likevel vet vi at kommunikasjon og informasjon er viktig med hensyn på det å kunne tilby og informere om kommunens omsorgstjenester.

Det å vite at en tjeneste fins representerer en trygghet, selv om det ikke er ensbetydende med innsikt i hvordan tjenesten virker eller hva som skal til for å utløse den (Nergård 2009). Tilsvarende kan mangel på innsikt og forståelse for hvordan en tjeneste fungerer, føre til uklare og overdrevende forventninger om hva slags hjelp man kan regne med og har krav på.

Vi spurte pleie og omsorgssjefene/kommunalsjefene i utvalget om det er utarbeidet informasjon om omsorgstjenesten på ulike språk i kommunen, dette på bakgrunn av deres overordnede ansvar.

Tabell 30 Er det utarbeidet informasjonsmateriell om omsorgstjenesten på ulike språk i din kommune

Kategori	Antall	Prosent
Ja	3	7
Nei	35	83
Vet ikke	4	10
Sum	42	100

Her svarer 3 av 42 pleie og omsorgssjefer/kommunalsjefer at kommunen har utarbeidet informasjonsmateriell på ulike språk. 35 svarer nei på dette og 4 er usikre. Dette er de tre største kommunene i utvalget.

Ingebretsen og Romøren stilte dette spørsmålet i sin studie i 2005 og fant nær det samme svaret. Dette tyder også her på at informasjonsmateriellet om tjenestetilbudet foreligger stort sett på norsk, noe som kan gjøre det vanskelig for ulike grupper innvandrere som ikke har kjente eller andre pårørende som kan bistå.

6.2. *Hvordan blir tjenestetilbudet gjort kjent for aktuelle brukere*

Tabell 31 *Hvordan blir tjenestetilbudet i omsorgstjenesten generelt gjort kjent for mennesker med innvandrerbakgrunn i kommunen*

Kategori	Antall	Prosent	N
Gjennom bestillerenheten	89	37	186
Gjennom sykehuset	50	21	186
Gjennom fastlegen	96	43	186
Gjennom NAV-systemet	72	30	186
Gjennom flyktningtjenesten	104	44	186
Gjennom oppsøkende virksomhet	21	9	186
Via kommunens nettsider	95	40	186
Via brosjyre og informasjonsmateriell	50	21	186
Vi familie	35	15	186
Andre kanaler	29	12	186
Vet ikke	32	13	186

Tabellen viser at, flyktningtjenesten, bestillerenheten og fast legen utgjør de viktigste kanalene for informasjon om tjenestetilbudet. Det betyr at tjenestetilbudet som oftest gjøres kjent gjennom ”vanlige” kanaler.

Ser vi disse dataene opp mot kommunestørrelsen finner vi at bestillerenheten er viktigst i de store kommunene. I små kommunene er flyktningtjenesten, fast legen og kommunale nettsider de viktigste formidlerne

Det er grunn til å tro at denne informasjonen er mye basert på muntlig informasjon og skjer i stor grad på arenaer som er oppsøkt ved egen henvendelse, eller ved henvendelse til den kommunale administrasjon ved bestillerkontoret. Dette er også identisk med de funn som Ingebretsen og Romøren gjorde i sin studie i 2005. Det som skiller seg ut fra disse funnene er at kommunens nettsider er blitt viktigere for informasjon. De kommunale nettsidene er stort sett utformet på norsk og det kreves derfor norsk kunnskaper for å ta seg fram her.

Flyktningtjenesten står som en viktig informant som formidler av informasjon, spesielt i mindre kommuner. Flyktningtjenesten syntes å være en viktig samarbeider for den kommunale omsorgstjenesten i kommunen, både når det gjelder rådgivning og informasjon om omsorgstilbud.

Data viser at kommunene ikke har noen klar strategi på hvordan det kommunale omsorgstilbudet til innvandregrupper formidles. Det er derfor å anbefale at kommunen sammen med sentrale og relevante kommunale ressurspersoner, personer fra omsorgstjenesten og innvandremiljøet for å utvikle en strategi for informasjon om tjenestetilbudene. Dette vil være et viktig element i arbeidet med å utvikle likeverdige omsorgstilbud for alle brukere i kommunen.

6.3. Samarbeid på tvers i kommunen om informasjonsformidling

I hvor stor grad benytter den kommunale omsorgstjenesten seg av samarbeid på tvers i kommunen i arbeidet med informasjonsformidling.

Tabell 32 Nyttiggjøres erfaringer fra andre deler av det kommunale apparatet i informasjonsformidling om tjenester til mennesker med innvandrerbakgrunn

Kategori	Antall	Prosent
I stor grad	7	4
I noen grad	87	49
I liten grad	75	42
Ikke i det hele tatt	10	6
Sum	179	101

Som det framgår av tabellen finner vi at om lag halvparten gjør det i stor/i noen grad, mens den andre halvparten oppgir at de i liten grad/ ikke gjør det.

Data viser jf. tabell 30 og 31 at det foregår informasjonsutveksling og samarbeid internt i kommunen om brukere med innvandrerbakgrunn. Det er grunn til å tro at den erfaring og den kunnskap som ligger i dette ville være viktig å ta med seg inn i et strategiarbeid om informasjon om de kommunale omsorgstjenestene til brukere med innvandrerbakgrunn. Det er videre også grunn til å tro at denne kunnskapen også ville være nyttig for andre deler av kommunen og ville dermed være viktig i det å utarbeide en informasjonsstrategi for hele kommunen.

6.4. Hvordan får omsorgstjenesten informasjon om hjelpebehov hos innvandrergruppene

Den vanligste måten kommunen får kjennskap til brukere med hjelpebehov generelt er stort sett avhengig av direkte henvendelse fra brukeren selv, gjennom pårørende, fastlege eller sykehus. På hvilken måte får kommunene vite om mennesker med innvandrerbehov som har hjelpebehov?

Tabell 33 På hvilken måte får en på kommunalt nivå vite om mennesker med innvandrerbakgrunn som har hjelpebehov

Kategori	Antall	Prosent	N
Gjennom bestillerenheten	106	45	186
Gjennom sykehuset	112	47	186
Gjennom fast legen	120	50	186
Gjennom NAV-systemet	70	29	186
Gjennom flyktningtjenesten	111	47	186
Gjennom oppsøkende virksomhet	19	8	186
Vi familie	50	21	186
Via venner til bruker	49	21	186
Andre kanaler	22	9	186
Vet ikke	14	6	186

Tabellen viser at fastlegen, sykehuset, flyktningtjenesten og bestillerenheten er viktige kilder til informasjon til kommunens omsorgstjeneste om hjelpebehov. Familie og venner er også å være en viktig kilde her.

Ser vi på dette i forhold til kommunestørrelsen finner vi ikke noen tydelige tendenser. Likevel ser vi at store kommuner at der er det bestillerenheten som i stor grad formidler hjelpebehovene. I mindre kommuner under 5000 innbyggere finner vi en tydeligere rolle som formidler hos fastlege, sykehus og flyktningtjenesten.

Familie og venner utgjør også en viktig ressurs i forhold til informasjon her. Som vi tidligere har pekt på er det en vekst av ansatte i den kommunale omsorgstjenesten som kommer fra innvandremiljøet. Dette kan bidra til å gjøre tjenesten mer kjent (Engebretsen og Romøren 2005)(Nergård 2009)

Nergård (2009) Har drøftet familiens og barnas rolle som viktige informasjonskanaler om omsorgstjenesten og tjenestetilbudet. Hun peker på flere faktorer som kan virke inn på informantens informasjon om omsorgstilbudet; botid, språkferdigheter, integrasjon i arbeidslivet og utdanning. I studien peker også Nergård på barnas rolle og deres rolle som ”agenter” på vegne av sine aldrende foreldre og viser her også til studier av Lingsom 1994 og Daatland 1983, som peker på det samme. Eldre innvandrere særlig de som har kommet til landet i høy alder, har ofte lite erfaring med det norske samfunnet inkludert den kommunale omsorgstjenesten og behersker språket dårlig. De vil derfor være enda mer avhengige av sine barns kompetanse og virke som ”agenter.”

I studien til Nergård i (2009) som er gjennomført i store kommuner, med et langt høyere innbyggertall enn det som er tilfelle i vårt utvalg, finner hun at det brukere med minoritetsbakgrunn sin oppfattning av informasjon om omsorgstjenestene deler seg grovt i to grupper: De som opplever seg som informert eller kjenner seg trygge på at de gjennom ulike kanaler vil kunne innhente nødvendig informasjon om de skulle få behov for det, og de som føler seg usikre og spørrende til hva som finnes av tjenester.

Det er grunn til å tro at personer som lever alene har et større behov for informasjon og oppfølging knyttet til dette enn personer med ”agenter” barn, også i vårt utvalg.

7. Tolk i den kommunale omsorgstjenesten

For at helse- og omsorgspersonell skal kunne yte gode tjenester og gi god behandling, og for at brukere og pasienter med språklig og kulturell minoritetsbakgrunn skal ha tilgang til tjenester av god kvalitet, kan det i mange tilfeller være nødvendig med tilrettelagt informasjon og kommunikasjon. Å bruke kvalifisert tolk kan være avgjørende.

I dette kapittelet vil vi først se nærmere på bruk av tolk de prinsipper som ligger til grunn for tilrettelegging av informasjon. Omsorgstjenestens reelle bruk av tolk følger deretter.

7.1 Bruk av tolk

I litteraturen om tolking skiller en mellom tolkning og oversettelse (Jareg og Pettersen 2008) Tolking dreier seg om muntlig oversettelse, først og fremst av tale, men i en viss grad også av tekst (Holm-Hansen, Haaland og Myrvold, 2007) Tolking dreier seg ikke bare om rent språklig/lingvistisk oversettelse men også om kulturell oversettelse (Andenæs, Gotaas 2000). Tolken skal søke å gi en mest mulig ekvivalent oversettelse av betydningen av meningsinnhold. Det innebærer f. eks å finne gode måter for å formidle metaforer og begreper som ikke lar seg oversette direkte. Tolking dreier seg også om å hindre missforståelser og gjøre partene oppmerksomme på dette. God tolk forutsetter imidlertid ikke bare god tolk, men at tolkebruker har kunnskap om hvordan en tolk skal brukes (Holm-Hansen, Haaland og Myrvold, 2007 s. 95)

I myndighetenes kvalitetssikringsarbeid legger en til grunn de såkalte ”yrkesetiske regler for tolker” for hva som defineres som tolkens rolle. Vi vil i nedenfor skissere tolkeforbundets yrkesetiske retningslinjer. Dette vil vi gjøre for å synliggjøre tolkens rolle.

I Tolkeforbundets nåværende yrkesetiske retningslinjer (vedtatt 2007), står det i innledningen:

”Tolkens yrkesutøvelse er grunnlagt på respekt for menneskerettighetene og humanistiske verdier. Retningslinjene skal gi den enkelte tolk et grunnlag til utøvelse av etisk og faglig skjønn.”

Det er altså med menneskerettighetene og humanistiske verdier som grunnlag at vi ønsker å beskytte både tolkebrukere og tolker.

Videre står det:

”Målsetningen med de yrkesetiske retningslinjene skal gjenspeile tolkeprofesjonens faglige og etiske standard. Videre skal retningslinjene gi brukerne av tjenesten innsyn i profesjonens faglige og etiske standard, samt inspirere tokene til etisk refleksjon og diskusjon.”

Retningslinjene lyder som følger:

§ 1. Tolken skal ikke påta seg oppdrag uten å ha de nødvendige kvalifikasjoner.

Tolken skal forberede seg nøye til sine oppdrag.

Nøyaktighet i tolkingen er av største viktighet, bl.a med tanke på rettssikkerhet. Før tolken påtar seg et oppdrag, skal han/hun derfor undersøke mest mulig omkring faglig innhold i oppdraget for å kunne vurdere om man er kompetent. Trofast overført tolking krever skikkelige forberedelser foran hvert oppdrag, samt det å holde tolkeferdigheten ved like ved jevn praksis og faglig oppdatering og videreutvikling.

Dersom tolken etter rimelige forberedelser ikke anser seg kvalifisert språklig, fagterminologisk, tolketeknisk eller på annen måte, må han/hun avstå fra oppdraget. Tolken plikter også under pågående tolking å opplyse partene dersom oppdraget overstiger hans/hennes kompetanse, og han/hun må deretter trekke seg fra oppdraget.

§ 2. Tolken skal ikke påta seg oppdrag hvor han/hun er inhabil.

Tolken må så langt mulig få oppgitt tolkebrukernes navn allerede på forhånd for å vurdere spørsmålet om inhabilitet. Tolken har plikt til å informere partene når han/hun er inhabil, det vil si er f eks

- part i saken
- i slekt med noen av partene
- gift eller forlovet med noen av partene
- verge eller kurator for en part

eller

- om han/hun har handlet i saken for en av partene
- dersom utfallet av saken kan ha praktisk eller økonomisk virkning for ham/henne.

Tolken er altså pålagt å melde fra dersom han/hun vil komme i et inhabilitetsforhold som omfattes av Forvaltningslovens § 6, første eller annet ledd. Det vil da være opp til partene om de likevel vil anvende tolken for oppdraget.

§ 3. Tolken skal være upartisk og ikke tillate at egne holdninger eller meninger påvirker arbeidet.

En tolk skal ikke engasjere seg til fordel for den ene eller den andre parten i samtalen. Tolken må forholde seg nøytralt til saken som tolkingen dreier seg om, og ikke la sine oppfatninger av eller meninger om samtalepartene eller det som blir sagt, komme til syne eller påvirke tolkingen. Tolken har ikke ansvar for innholdet i det som skal tolkes. Det ansvaret hører til den som snakker. Tolkens oppgave består kun i å tolke det som blir sagt av samtalepartene, uten å vurdere eller bedømme budskapets moral eller sannhet. Tolken skal ikke gjøre oppmerksom på selvmotsigelser eller unøyaktigheter som kommer til uttrykk, men tolke dem.

§ 4. Tolken skal tolke innholdet i alt som sies, intet fortie, intet tillegge, intet endre.

Det som sies skal oversettes nøyaktig, og uten noen form for endring. Dette betyr at tolken ikke utelater fag- eller stil aspekter og ikke føyer til egne tillegg, men foretar mest mulig like

valg som den som snakker når det gjelder informasjon og uttrykk. Når det forekommer ord og uttrykk som det er umulig eller vanskelig å overføre, må tolken be den som bruker uttrykket omformulere det eller gi en nærmere redegjørelse for innholdet. Dersom tolken senere finner ut at noe er tolket feil eller utelatt under tolkingen - og dette har den minste betydning - bør partene informeres umiddelbart.

§ 5. *Tolken har taushetsplikt.*

Taushetsplikt er en plikt til å tie om bestemte forhold og en plikt til å hindre at uvedkommende har mulighet til å skaffe seg innsyn i disse forholdene. Tolkenes oppgave er å formidle presist innholdet i det som kommer til uttrykk i en kommunikasjonssituasjon mellom to personer som ikke snakker samme språk. Oppgaven er ufravikelig bundet til tillit. Tolkenes tilstedeværelse som tredjemann skal ikke begrense muligheten til en fortrolig samtale mellom partene som møtes.

I lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker står bestemmelsene om taushetsplikten som skal gjøres gjeldende for tolken, i § 13, første og tredje ledd.

Bestemmelse i 3. ledd omfatter i praksis enhver utnyttelse i vinnings hensikt av de opplysninger eller kontakter vedkommende har fått som tolk. (Jf Tolkenes yrkesetiske regler § 6.)

Tolken vil ofte bli involvert i situasjoner som krever særlig hensyn til klientens integritet. Under slike oppdrag vil tolkenes strenge taushetsplikt i deres yrkesetiske reglene (§5) også underbygges av særlovene. I henhold til loven kommer tolken da under de samme skjerpede bestemmelsene som gjelder de respektive yrker.

§ 6. *Tolken må ikke i vinnings eller annen hensikt misbruke informasjon som han/hun har fått kjennskap til gjennom tolking.*

Å arbeide som tolk innebærer i seg selv potensial for makt og innflytelse. Tolken må aldri utnytte sin posisjon eller de opplysningene som han/hun får kjennskap til gjennom tolking, for å skaffe seg personlig fordel eller økonomisk fortjeneste.

§ 7. *Tolken skal ikke utføre andre oppgaver enn å tolke under tolkeoppdraget.*

Tolkenes nøytrale stilling gjør at han/hun ikke kan utføre andre oppgaver under tolkeoppdraget enn å tolke. Tolken skal ikke svare på spørsmål om noen av partenes forhold, eller tale noen parts sak, ikke heller opptre som fullmektig. Tolken skal ikke gjøre oppmerksom på forhold han/hun mener bør utdypes av hensyn til sakens opplysning, eller om saksforholdet forøvrig.

Fordi tolkesituasjonen i seg selv krever stor grad av konsentrasjon, kan ikke tolken f.eks være sekretær eller ordstyrer i et møte, fylle ut skjemaer o.l.

Tolken har ingen funksjon som kulturinformant eller kulturformidler under tolkingen, og skal således ikke komme med "ekspertuttalelser" om forhold som det kan ventes at tolken har spesielle kunnskaper om, for eksempel forhold i et annet land. Dersom samtalepartene stiller tolken spørsmål om dette eller andre saksforhold, må tolken oversette spørsmål til samtaleparten, slik at parten selv kan svare. Et svar fra tolken kan bli oppfattet som om tolken

tar part i saken, og dermed svekke tilliten til tolken. Dessuten kan en feilaktig opplysning fra tolkens side få uheldige konsekvenser for saken.

§ 8. *Tolken skal si fra når tolking ikke kan skje på en forsvarlig måte.*

Tolken har ansvar for å forsikre seg om at de faglige og praktiske forhold ved oppdraget ligger til rette for at tolking kan utføres på en forsvarlig måte. Det bør være f.eks. tilfredsstillende lytteforhold, passe lange tolkeøkter, hensiktsmessig plassering, et tilstrekkelig antall tolker for oppdraget o.l.

§9. *En statsautorisert tolk som utfører skriftlige oversettelser har ikke adgang til å bruke betegnelsen i forbindelse med bekreftelse av riktigheten av en oversettelse av et dokument, verken på selve oversettelsen eller i et dokument med referanse til oversettelsen.*

Forskjellen mellom en tolk og en oversetter er ikke alltid klar for allmennheten. Bruk av betegnelsen statsautorisert tolk i forbindelse med skriftlige oversettelser kan misforstås slik at oppdragsgivere og andre tror at den skriftlige oversettelsen har blitt utført av noen hvis kompetanse på dette området har blitt utprøvd av samfunnet. Risikoen for misforståelse blir enda større dersom betegnelsen oversettes til et annet språk.”

Vi ser at reglene har til hensikt å sikre kvalitet på det språklige og tematiske områder, avgrense tolkens rolle overfor tilstøtende profesjoner og ikke minst overholde taushetsplikt og skjerme rollen fra å formidle ”utenforliggende” informasjon. Reglene definerer tolken slik at han/hun skal fungere som et best mulig nøytralt mellomledd (Holm-Hansen, Haaland og Myrvold, 2007)

7.1 Prinsipper for tilrettelegging av informasjon om tjenester

Det er et overordnet prinsipp at alle skal ha lik tilgang på offentlige tjenester og institusjoner. Tilpassede offentlige tjenester er en viktig forutsetning for å hindre diskriminering og sikre at alle uansett bakgrunn og forutsetninger får like muligheter i samfunnet. All offentlig virksomhet – statlig, fylkeskommunal og kommunal har et selvstendig ansvar for å tilpasse tjenestetilbudet til mangfoldet i befolkningen. Tilrettelagt informasjon om tjenestene er viktig. I offentlig tjenesteyting hvor det er en språkbarrierer. Tolking er derfor et nødvendig virkemiddel for at offentlige tjenestemenn og fagpersoner skal kunne informere, veilede og høre på partene (Handlingsplan for å fremme likestilling og hindre etnisk diskriminering, (BLD (2009 – 2012)).

Dette er bl.a. nedfelt i Forvaltningsloven og pasientrettighetsloven og kommunehelsetjenesteloven

§ 11 og § 17 i Forvaltningsloven handler om en offentlig tjenestemanns plikt til å informere, veilede og høre partene i saken.

I pasientrettighetsloven heter det bl.a.:

§ 3-2. Pasientens rett til informasjon.

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. [...]

§ 3-5. Informasjonens form

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. [...]

Det er viktig for den kommunale omsorgstjenesten å ha med seg disse prinsippene inn i det videre arbeidet med utvikling av tjenestetilbudet overfor brukere med innvandrerbakgrunn

7.2 Hvem tolker når behovet er tilstede

Vi vet at kvalifiserte tolker brukes for lite i helse- og omsorgstjenestene, og at helse- og omsorgspersonell har liten eller ingen opplæring i bruk av tolk. Mange brukere og pasienter med minoritetsbakgrunn kjenner heller ikke til hvilke rettigheter de har i forhold til bruk av tolk. Vi spurte derfor kommunen hvem er det som tolker?

Tabell 34 Hvem anvendes mest som tolk i det daglige arbeidet.

Kategori	Antall	Prosent
Offentlig godkjent	74	54
Ansatte i omsorgstjenesten med innvandrere som tolk	28	20
Voksne til bruker	20	15
Barn tolker	6	4
Andre	10	7
SUM	138	100

Tabellen viser over halvparten av respondentene, 54 % anvender autorisert/tolk som er registrert i tolkeregisteret. 20 % sier de anvender ansatte med innvandrerbakgrunn som tolk mens 19 % oppgir personer i nære relasjoner.

Ser vi dette i forhold til kommunistørrelsen finner vi at store kommuner over 5000 innbyggere anvender i større grad enn mindre kommuner autorisert tolk.

I tabellen har en svakhet ved at vi ikke har skilt mellom statsautoriserte og andre tolker som er registrert i tolkeregisteret. Vi går derfor ut fra at kommunene her oppgir autorisert tolk – tolker som er registrert i tolkeregisteret.

Det er grunn til å tro, på bakgrunn av mangel på kvalifiserte tolker, at en anvender det som er lettest tilgjengelig, ved å bruke ansatte med innvandrerbakgrunn, familie/venner som oversettere. Det er grunn til å påpeke at dette kan være en noe usikker måte å anvende tolk på, da båndene kan være for tette mellom bruker og tolk.

7.3 Bruk av autorisert tolk i omsorgstjenesten

Behovet for kvalifiserte tolker er økende innenfor flere sektorer. Utdanningskapasiteten syntes lav i forhold til behovet og det er vanskelig å få tak i tolk.

Mangel på kunnskap om hvordan en samhandler og benytter seg godt av en tolketjeneste er også et viktig moment. Det kommer også fram i denne studien som et viktig felt for kompetanseheving hos omsorgspersonell.

For at helse- og omsorgspersonell skal kunne yte gode tjenester og gi god behandling, og for at brukere og pasienter med språklig og kulturell minoritetsbakgrunn skal ha tilgang til tjenester av god kvalitet, kan det i mange tilfeller være nødvendig med tilrettelagt informasjon og kommunikasjon. Å bruke kvalifisert tolk kan være avgjørende. Forskingen fra Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse. (Emine Kale 2010, seminar i helsedirektoratet 2010.) viser bl.a. hva språkbarrierer kan medføre:

- Redusert tilgang på forebyggende helsehjelp
- Inadekvat helsehjelp
- Større risiko for feildiagnose
- Større risiko for feilbehandling
- Unødvendig hospitalisering
- Hyppigere bruk av utredende undersøkelser for diagnostikk
- En tendens til hyppigere bruk av legevaktjenester
- Vanskeligheter med å forstå egen sykdom, som igjen kan påvirke oppfølging av anbefalt behandling
- Mindre tilfredsstillhet hos brukerne og ikke minst frustrasjoner hos alle involvert

Vi spurte på bakgrunn av dette pleie og omsorgsjefene/kommunalsjefene i vårt utvalg i hvilken grad kommunen anvender autorisert tolk i omsorgstjenesten

Tabell 35 I hvilken grad bruker kommunen autorisert tolk i omsorgstjenesten-
kommunalsjefene/pleie og omsorgsjefene svarer

Kategori	Antall	Prosent
I stor grad	3	7
I noen grad	20	49
I liten grad	9	22
Ikke i det hele tatt	3	7
Vet ikke	6	15
Sum	41	100

Tabellen viser at over halvparten av de kommuner som her svarer anvender autorisert tolk. kommunene i stor/noen grad bruker autorisert tolk. De øvrige oppgir i liten grad og vet ikke om dette benyttes.

Av de kommunene som oppgir at de anvender tolk i liten eller ikke i det hele tatt oppgis dette som noen av hovedårsakene:

- Mangelfull kunnskap og informasjon om at dette fins
- Pårørende med norsk kunnskaper er tilstede
- Problematisk å få avtale med en tolk
- Ingen ressurser til dette

Utsagnene her kan tyde på at det er et underforbruk av profesjonell språklig assistanse. Dette kan også støtte opp under utfordringene om tilgjengeligheten på autoriserte tolker.

7.3.1 Tolketjeneste og økonomi

Skal en anvende autorisert tolk har dette en kostnad for kommunen. Det er kommunen som har et overordnet ansvar for å utvikle en god forvaltningspraksis. I dette ligger også ansvaret for bestilling, betaling og kvalitetssikring av tolking.

Vi spurte så pleie og omsorgssjefene/kommunalsjefene om kommunen budsjetterer med bruk av autorisert tolk, da disse har det overordnede budsjettansvar i sektoren.

Tabell 36 Budsjetter kommunen med bruk av autorisert tolk/tolk fra tolkeregisteret-kommunalsjefene/pleie og omsorgsjefene svarer

Kategori	Antall	Prosent
Ja	14	36
Nei	17	44
Vet ikke	8	21
Sum	39	101

Av de som her svarte finner vi at 36 % sier at de budsjetterer mens 44 % sier nei. Det er grunn til å tro – om en ser hele regionen – 83 kommuner under ett at det ikke er et flertall av kommunene, som har behov for tolketjenester, budsjetterer med bruk av autorisert tolk inn i omsorgstjenestene.

Ser vi dette i forhold til kommunestørrelse finner vi en liten tendens til at det er kommuner over 20000 innbyggere som budsjetterer.

7.4 Noen betraktninger ved bruk av tolk i omsorgstjenesten

Data fra undersøkelsen her understøtter også andre studier på området, bla. Studier gjennomført av Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse og NOVA. Det er viktig med en større bevissthet blant brukere, helsepersonell og ledere i omsorgssektoren om ansvar, rettsikkerhet og muligheter ved bruk av tolk.

IMDI sine undersøkelser om tolkebruk i offentlig sektor viser at de færreste sektorer har rutiner for å sjekke tolkenes kvalifikasjoner. Undersøkelsene viser også at det hersker stor usikkerhet både om når det skal benyttes tolk, om hvem som har ansvar for kvalitetssikring og bestilling av tjenesten, og om hvor utgiftene skal dekkes. Det framgår av undersøkelsene at fagpersoner selv er bekymret for rettsikkerheten ved manglende tolkebruk. Det finnes per i dag ingen overordnede retningslinjer for bruk av tolk i offentlig tjenesteyting. Regjeringen slår fast at sektormyndighetene og kommunene har et selvstendig ansvar for å utvikle en god forvaltningspraksis innenfor sine ansvarsområder, herunder rutiner for kvalitetssikring, bestilling og betaling av tolketjenester. Undersøkelser i regi av IMDI viser at det er stor variasjon i hvordan tolking er ivarettatt i de ulike sektorene i dag, både med hensyn til finansiering, definert behov, regulering, retningslinjer, rutiner og praksis. Retningslinjer og rutiner for bestilling og bruk av tolk er enten manglende eller ukjente i de respektive etatene. Et gjennomgående problem synes å være at tolking ofte ikke er ansett som en del av virksomhetenes kjerneoppgaver, men som en tjeneste som kommer i tillegg.

IMDI foreslår i sin rapport: Bedre forvaltningspraksis for bruk og bestilling avtolk og felles overordnede retningslinjer og prinsipper for planlegging og budsjettering, bestilling og bruk av kvalifisert tolk. Dette er også i tråd med føringene gitt i *Handlingsplan for å fremme likestilling og hindre etnisk diskriminering (2009-2012)* hvor forslag til felles retningslinjer blir framhevet. For kommunal sektor foreslår også arbeidsgruppen å innarbeide rapportering knyttet til bruk av tolk i KOSTRA.

Utdanningskapasiteten for tolker syntes å være lav, og utdanningskapasiteten bør økes. Likevel finnes det mange tolker. Ved utgangen av 2006 var det i det nasjonale tolkeregisteret registrert 122 tolker med statsautorisasjon. Tilsammenlikning er det registrert som helhet oppført 653 tolker på i alt 56 språk. (IMDI-rapport 2-2007) Den overveiende største delen av tolking foregår på språk hvor det finnes tilgjengelige kvalifiserte tolker. Når kommuner er forpliktet til å velge billigste tilbud etter anbud og inngår rammeavtaler med billigste formidlingsbyrå, får de tolker med dårligere kvalifikasjoner enn det de kunne fått hvis de også kunne legge vekt på kvalitet/formelle kvalifikasjoner. Dermed forsvinner de beste tolkene ut av markedet, og byråer som tilbyr de billigste blir igjen. Det er også et problem at tolkeoppdrag i helse- og omsorgssektoren er for kortvarige til at tolker kan leve av det, ned til 20 minutter.

Dette understreker også viktigheten av å få på plass gode retningslinjer for tolketjenesten der også de økonomiske aspektene drøftes, slik at en i større grad – spesielt innen omsorgstjenesten kan benytte seg av disse.

I rapporten fra IMDI blir det videre diskutert hvordan myndighetene kan sikre at offentlige tolkebrukere har kunnskap om og ferdigheter i kommunikasjon via tolk. Rapporten tilrår at opplæring i kommunikasjon via tolk gis innenfor profesjonsutdanninger til yrkesgrupper som bruker tolk i sitt arbeid samt at slik opplæring inngår som en del av internopplæring til ansatte i offentlig sektor som trenger tolk i sitt arbeid. Det foreslås også at det utarbeides et felles kursopplegg som kan tilpasses ulike arbeidsgivere.

I utvikling av kurstilbud knyttet spesielt opp mot den kommunale omsorgstjenestens er det viktig at Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester får en viktig rolle. Det samme gjelder Sentrene for omsorgsforskning som er lokalisert ved de regionale høgskolene og ved to universiteter. Felles for disse er at de er lokalisert ved institusjoner som utdanner profesjonsutdannet personell for den kommunale omsorgstjenesten. Videregående skoler som utdanner helsefagarbeidere bør også involveres da de utdanner mange omsorgsarbeidere som vil komme i kontakt med disse utfordringene.

Det er derfor av stor betydning at temaet, om anvendelse av tolk, taes inn som et tema i utdanningen av velferdsstatens profesjoner.

8. Det daglige arbeidet i kommunen

Det kan være både utfordrende, meningsfylt og lærerikt å være leder og utøver i de kommunale omsorgstjenestene. Utfordringene blir ikke mindre i samhandlingens tid, der organisering og kompetanseutvikling er høyt opp på agendaen, samtidig som en skal ha fokus på den daglige driften.

I dette kapitlet vil vi fokusere på tjenester og utfordringer i hverdagen i møte med mennesker med innvandrerbakgrunn.

8.1 Rekruttering av personell med innvandrerbakgrunn

Globaliseringsprosesser, økt behov for innovasjon i offentlig sektor og forskyvninger i befolkningens og arbeidsstyrkens demografi, har gjort ledelse av variasjon og mangfoldighet til en kritisk utfordring for både offentlige og private virksomheter. Å utvikle kompetansen til å mestre denne utfordringen, innebærer et skift fra ensartede, kanskje tilmed ensidige kulturer, til utvikling av flerkulturelle virksomheter. For mange virksomheter er det ikke her tale om å velge å utvikle og utnytte mangfold, men det er snakk om en nødvendighet som må mestres dersom virksomhetene skal kunne drives på en god måte.

En av hovedutfordringene til den kommunale omsorgstjenesten i alle norske kommuner er rekruttering (Disch og Vetvik 2009). Dette fokuseres også gjennom nasjonale strategier, blant annet kompetanseløftet. Interesseorganisasjonene har også et økende fokus på dette.

Det rekrutteres stadig flere ansatte i helse- og omsorgstjenestene med bakgrunn fra andre land. Dette mangfoldet kan fungere som en ressurs, men det fordrer en aktiv personalpolitikk og kompetanseutvikling.

Vi spurte våre respondenter om den enheten en leder har ansatte med innvandrerbakgrunn

Tabell 37 *Har din enhet ansatte med innvandrerbakgrunn*

Kategori	Antall	Prosent
Ja	143	78
Nei	41	22
Sum	184	100

Et klart flertall på 78 % svar at de har ansatte med innvandrerbakgrunn i sin enhet. Bare 22 % svarer nei.

Ser vi dette i forhold til kommunestørrelse finner vi en naturlig sammenheng ved at antall ansatte med innvandrerbakgrunn stiger med kommunestørrelsen.

Tidligere data i undersøkelsen viser at ansatte med innvandrerbakgrunn brukes nokså aktivt som viktige kunnskapsbærere i omsorgstjenesten i forhold til informasjonsformidling til brukere med innvandrerbakgrunn.

Det er også grunn til å anta ansatte med innvandrerbakgrunn vil være viktige ressurser i arbeidet med å utvikle gode informasjons og omsorgsstrategier overfor brukere med innvandrerbakgrunn i enkeltkommunene.

8.2 Aktualisering av omsorgstjenester for brukere med innvandrerbakgrunn

Det har i lengre tid foregått både en politisk og faglig debatt rundt temaet omsorgstjenester til mennesker med innvandrerbakgrunn.

For ansatte i omsorgstjenesten kan det være en utfordring når brukerne har nye og uvante forventninger både til omsorgstjenesten generelt og til utøveren spesielt. Dette kan både gjelde vaner og ritualer knyttet til personlig stell. (Ingebretsen 2009) På bakgrunn av dette spurte vi respondentene om det pågikk diskusjoner i enhetene omkring tilrettelegging av tiltak for brukere med innvandrerbakgrunn.

Av 206 respondenter svarte 42 % at det foregikk diskusjoner om dette, 30 % svarte nei og 28 % svarte vet ikke.

Hva går så disse diskusjonene ut på? Respondentene svarte bl.a. slik:

- *I hvor stor omfang vi mestrer å tilrettelegge. Vi har startet et flott program MIKS som nettopp skal bidra til økning av språkforståelse, tilhørighet og felles verdiskapning.*
- *Hva må vi planlegge og forberede for å ta i mot mennesker med minoritetsbakgrunn i institusjonstjenesten.*
- *Hvordan tilrettelegge for hospitering for elever med innvandrerbakgrunn som ønsker arbeid innen pleie- og omsorg, hvordan gi språktrening.*
- *Utfordringer rundt tolketjeneste/kommunikasjon, for å tilrettelegge tilbud innenfor PU.*
- *Tolketjeneste bl.a. passe på god informasjon fra 2linjetjenesten før de kommer til vår tjeneste.*
- *Diskusjonen går på hvordan informasjon skal spres og hvem som vil ha hovedansvar for dette. Flyktningstjenesten som ligger under Nav vil være en viktig brikke i denne kartleggingen. Per i dag er det hjemmebaserte tjenester som ytes (omsorgslønn, avlastningstiltak, noe hjemmesykepleie og praktisk bistand).*
- *Konkret diskusjon i forhold til omsorgsbehov som følge av funksjonshemming. Koordinering av hjelpetiltak.*
- *Tilrettelegging i forhold til kultur/religion, eks. ønske om at det kun er kvinner i pleien og tidspunkt for besøk under ramadan.*
- *Kurs - kompetanseheving i forhold til mennesker med ulike kulturer/religion.*
- *Kompetanseheving for å møte utfordringer i kommunikasjon - både kulturelt og språklig. Individualisering av tilbudet men bruk av samme personell flere steder. Informasjon (både skriftlig og muntlig).*

- *Integrering generelt, bruk av ordinære tjenester, boligprosjekter, koordinering av tjenester*
- *Kosthold og pleie i den enkeltes kultur.*
- *Vi diskuterer spesielt døgnomsorg.*
- *Kultur og forventninger Omsorgslønn Språk forståelse, tilpassing av tjenestetilbud.*
- *Hvordan vi best kan tilrettelegge tjenestetilbudet og sørge for at medarbeidere innehar nødvendige kompetanse f. eks mht kulturforskjeller.*
- *Problematikk rundt krav til andre tjenester, og hva de forventer fra oss i hjemmebaserte tjenester, ift. innhold i tjenesten. Stort mangel på tolketjeneste i hverdagen.*
- *Hvordan sikre at alle kjenner sine rettigheter. Hvordan få til opplevelse av en likverdig tjeneste. Rekruttering av ansatte med minoritetsbakgrunn, slik at kommunens ansatte gjenspeiler befolkningen i kommunen. Øke kompetansen rundt ulike kulturer hos ansatte og befolkning. Hvordan skape en inkluderende og mangfoldig arbeidsplass.*
- *Vi skal lage materiell og utvikle servicetorget for å fjerne minoriteter.*
- *Rekruttering av personell til tjenesten.*

Temaene som her diskuteres er mange og viktige. Perspektiver herfra er viktige å ta med inn i både planlegging og utvikling av kompetansehevede tilbud.

8.3 Bruk av tjenestetilbud

Det er en utbredt oppfatning at familien står svakere i dagens samfunn enn den gjorde før, og at båndene mellom eldre og yngre generasjoner er svekket. Det medfører også at familiens omsorgsevne er svekket. Noen mener utviklingen av velferdsstaten har ført til at ansvarsnormene har endret karakter (Nergård 2009) (Daatland og Herlofsen 2004). Dette har bl.a. ført til at det offentlige må ta mer ansvar for omsorgstjenestene overfor den enkelte.

Blant innvandrere har holdningene til det å pleie sine nærmeste selv vært i endring de siste årene (Nergård 2009) Dette skyldes i hovedsak også at innvandrere gruppene har blitt preget av samfunnsutviklingen som nevnt ovenfor. Utviklingen her har nok ikke gått så raskt som blant nordmenn, men er i utvikling.

Tabell 38 Hvilke tjenestetilbud mener du til nå har vært mest benyttet av mennesker med innvandrerbakgrunn

Tjenestetilbud	Antall	Prosent
Institusjonstjenester	3	7
Hjemmebaserte tjenester	21	50
Avlastning/kortidsopphold	2	5
Dagtilbud	3	7
Andre	7	17
Vet ikke	6	14
SUM	42	100

Tabellen viser at hjemmebaserte tjenester er mest benyttet, deretter følger institusjonstjenester, dagtilbud og kortidsopphold.

Vi finner ingen forskjell mellom ulike kommune typologiene.

Forskning viser bl.a. Ingebretsen og Nergård 2007, at bruken av hjemmetjenester framfor institusjon er mer utbredt blant innvandrere enn blant nordmenn. Vi spurte pleie og omsorgssjefene/kommunalsjefene om hvilke tjenestetilbud mennesker med innvandrerbakgrunn benytter seg mest av:

Hvilke erfaringer har kommunene gjort i forhold til institusjonsomsorgen for mennesker med innvandrerbakgrunn. Her spurte vi hele utvalget. Nedenfor følger noen av svarene:

- Familien stiller i større grad opp.
- Språket kan være et problem, men personalet gir gode tjenester til alle, uavhengig av bakgrunn.
- Fungerer bra når tilstrekkelig informasjon er gitt i forhold til kultur/religion. Hvilke hensyn som må taes i forhold til eks ernæring, sosialt samvær osv.
- Gode erfaringer der en har gjort et godt forarbeide og gitt god informasjon til personalet.
- Erfaringen er knyttet til svært få brukere, men er i disse tilfellene god. Personalet har møtt bruker og pårørende med respekt og aktivt skaffet seg nødvendig kompetanse. God kontakt og kommunikasjon også med pårørende.
- Sykehjemmet har hatt flere pasienter fra forskjellige land. Der hvor det er språkproblemer bruker vi tolk og der pasienter har pårørende som kan snakke norsk har vi mye brukt de til å få innsikt og forståelse av utfordringer og behov i forhold til kultur.
- Vanskelig å tilrettelegge utover mat, noe språkkompetanse og egnet lokale for bønn. Har en minimal andel med ikke vestlige pasienter i mine sykehjem.
- Har stort sett kun pårørende som ressurser ved behov for hjelp. Hadde vært fint med ressurspersoner som kan tilkalles ved behov i kommunen internt.

- *Kan være krevende i fht ulike kulturelle normer. God erfaring med å utnytte ansatte med samme etniske bakgrunn.*
- *Det krever ekstra kompetanse pga. språkbarrierer, blir således noe kostnadsdrivende, ut over dette må det tas kostholdshensyn, men det medfører ikke problemer. Tilrettelegging vedr. religion etc. har vært gjort i samarbeid med pårørende.*

Utsagnene her viser at god kommunikasjon og forberedthet er viktige elementer i omsorgen for mennesker med innvandrerbakgrunn som det også er med etnisk norske. Likevel viser utsagnene også behov for kompetanse. For å kunne forberede seg godt må en ha kompetanse eller ha muligheten til å skaffe seg kompetanse på området. Mange kommuner spesielt mindre kommuner har ikke det i dag.

Hvilke erfaringer har så kommunen gjort i forhold til de hjemmebaserte tjenestene.

- *De er gode, da vi har flyktningmottak og der er vanlig at hjemmetjenesten yter tjenester.*
- *Forholdsvis gode erfaringer. Familien er flink til å stille opp. Det er ofte språk som er utfordringer.*
- *Vi har mottak i kommunen, har derfor til enhver tid 6-8 personer med minoritetsbakgrunn som mottar tjenester. Det fungerer bra, men krever god informasjon i personalgruppen.*
- *Greit - etter gjennomgang av gjensidige forventninger.*
- *Hjemmetjenesten er hos flere mennesker i denne kategorien og de samarbeider mye med deres nærmeste pårørende. Den daglige samhandlingen går derfor bra.*
- *Merker nå at det søkes mer hjelp, til grupper som tidligere kun har fått hjelp av familie. Ulike utfordringer ift religion. Vi har ikke nok kunnskap om deres religion. Mangler tolketjenester.*
- *Det har til tider skapt språklige utfordringer, og ikke minst forståelse av tiltak som er forventet at norske forstår. Vi har ulikt ståsted slik at det kan bli tolket feil, og ikke minst at vi også kan ha forforståelser.*
- *Utfordringer med språk/kommunikasjon i behandlingen, trenger ofte tolketjeneste.*
- *Vi har mottak i kommunen, har derfor til enhver tid 6-8 personer med minoritetsbakgrunn som mottar tjenester. Det fungerer bra, men krever god informasjon i personalgruppen.*
- *Varierende opplevelse. Noen har store og urealistiske forventninger til hva tjenestetilbudet er og hva vi i hjemmetjenesten kan gjøre.*
- *Vanskelig å få innpass i hjemmet.*
- *Delte erfaringer. Noen gode, andre mindre gode. Har erfaring på at det kan ta lang tid å opparbeide tillit slik at hjelpen er ønsket.*

Igjen ser vi at kommunikasjon, samhandling, språk og tjenesteavklaringer er viktige elementer i det å få tilrettelagt for gode tjenester.

Kompetanse og kunnskapsutvikling er viktig i alt det arbeidet omsorgstjenesten utøver. Kunnskap og kompetanse etterlyses også under punktet erfaringer. Det syntes som om kommuner med egen kompetanse – samarbeid med andre med relevant kompetanse har bedre erfaringer enn de som ikke har slik kompetanse og mulighet for å skaffe seg det i sin nærhet.

Ut fra disse betraktningene blir derfor Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester sentrale i dette. I kapittel ni vil vi drøfte dette nærmere.

I hvilken grad brukere med innvandrerbakgrunn har behov for spesiell tilrettelegging av omsorg/ behandling og i hvor stor grad skal en tilrettelegge for det, har vært et tema i den omsorgspolitiske debatt.

Vi spurte på bakgrunn av denne respondenten om i hvilken grad de mener brukere med innvandrerbakgrunn har behov for spesiell tilrettelegging av omsorg/behandling.

Tabell 39 Opplevs det at brukere med innvandrerbakgrunn har behov for spesiell tilrettelagt omsorg/behandling

Kategori	Antall	Prosent
I stor grad	15	9
I noen grad	100	58
I liten grad	45	26
Ikke i det hele tatt	12	7
SUM	172	100

Tabellen viser at 67 % i stor/noen grad mener at brukere med innvandrerbakgrunn har behov for spesiell tilrettelagt omsorg/behandling. 33 % mener i liten eller ingen grad.

Det er viktig å gjøre oppmerksom på i tolkningen av data at alle brukere av omsorgstjenesten skal få individuell tilrettelegging i forhold til sine behov.

Hva består så denne tilretteleggingen av:

Her følger noen av svarene

- *Kommunikasjon, forståelse for medisinsk behandling, kulturelle forskjeller - kjønn, mat. Brukers holdning/forventning til hjelpeapparatet. Demente brukere med minoritetsbakgrunn som taper språkkunnskaper.*
- *Behov i forhold til mat, religiøse høytider og det å ha store familier rundt seg*
- *I forhold til kontakt med NAV. Tolketjeneste*
- *Behov for større fysisk plass ift mange pårørende som er tilstede. Behov for tilgang på kjøkkenfasiliteter ift ernæring/spesialkost.*
- *Først og fremst mht språk (dagens generasjon av pasienter med ikke vestlige bakgrunn). Deretter ift halall mat og egnet form for utøvelse av sin religion. Annen tilrettelegging har ikke vært aktuelt. Evet, ytterligere tilrettelegging vil måtte vurderes mht ressurser, da tjenesten er marginal og har majoriteten av sine pasienter med norsk etnisk bakgrunn.*

- *Alvorlig sykdom og lindring.*
- *De har en annen terskel i forhold til bluferdighet ved stell. Annen kjønnsrollefordeling i hjemmene, hvilket kan vanskeliggjøre at man som kvinne, skal veilede og noen ganger ta beslutninger i forhold til deres pleie. Opplever at de kan ha andre ritualer ved livets slutt, som er viktige for de at opprettholde. Har ofte annet kosthold.*
- *Trenger av og til tolk, trenger lenger tid på tjenesten som følge av annen kultur eller språkproblemer.*
- *Noen har vanskeligheter med å godta og få hjelp fra det off. hjelpeapparatet i stedet for fra familien.*
- *Vi har opplevd at det er særlige rituelle behov ved dødsfall.*

Utsagnene som her kommer fram viser at individuelle behov – brukermidvirkning er et viktig fokus. Utfordringene varierer fra kommune til kommune etter som hvilke ressurser og kompetansebehov de besitter om emnet. Kulturell forståelse, kunnskap om mat og religion er viktig med hensyn på tilrettelegging.

Funnene her understreker i stor grad de funn som tidligere er gjort av bl.a. (Ingebretsen 2009) Hun i peker på følgende viktige tolkninger av data i oppsummeringen av artikkelen: "Når innvandrere blir eldre" (2009):

"Når det gjelder omsorg til eldre med innvandrerbakgrunn må en ta mange forhold i betraktning. Bakgrunn, migrasjonserfaringer og levekår vil ha konsekvenser for helse og behov for omsorgstjenester. Stereotype oppfatninger om eldre med innvandrerbakgrunn som en gruppe som er annerledes og har spesielle behov kan være med å forsterke avstanden mellom oss og dem."

Denne undersøkelsen viser at kommuner med erfaringer med brukere med innvandrerbakgrunn ofte legger vekt på positive erfaringer og faglige utfordringer i arbeidet med å tilrettelegge tjenester for den enkelte.

Viktigheten av individuell tilnærming vektlegges og skal vektlegges i omsorgstjenesten overfor alle brukere. I vår undersøkelse fokuserer vi på brukere med innvandrerbakgrunn og i forhold til det å tilrettelegge gode tjenester for denne gruppen etterspørres det større kunnskap om kultur, religion, mat og ritualer.

Det er også viktig å få fram at data viser at ansatte også opplever både utfordringer og forventninger fra brukere med innvandrerbakgrunn. Et dilemma i dette kan være spørsmålet om naturlig grense for tilpasning (Ingebretsen 2009). Hva er nødvendig ut fra respekt for kulturen og hva blir forfordelingen i den ene eller annen retning.

Til sist i dette avsnittet spurte vi pleie og omsorgssjefene/kommunalsjefene om temaet – mangfoldig omsorg var et berørt tema i de kommunale omsorgsplanene:

Tabell 40 Er temaet: Mangfoldig omsorg omtalt i omsorgsplanen i din kommune

Kategori	Antall	Prosent
Temaet er berørt	22	56
Temaet er ikke berørt	17	44
Vet ikke	0	0
SUM	39	100

Tabellen viser at litt over halvparten, 56 % sier at temaet er berørt i plandokumentet, mens 44 % svarer nei. Om en hadde sett hele utvalget under ett hadde nok tallene sett noe annerledes ut. Det er grunn til å tro at flere kommuner da hadde svart nei. Dette begrunnes i studer som er gjort av norske omsorgsplaner som viste at temaet er lite berørt (Disch og Vetvik 2009).

9. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester som regionale kunnskapsbaser

I arbeidet med å møte framtidens omsorgsutfordringer er forskning og utviklingsarbeid innen den kommunale omsorgstjenesten svært viktig. En økt innsats på dette feltet vil være et gode for brukerne og også gjøre det lettere å rekruttere og beholde ansatte i tjenestene. Etablering av fem sentra for omsorgsforskning og utviklingssentra for sykehjem og hjemmetjenester i hvert fylke er et viktig virkemiddel i dette.

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er en videreutvikling av den satsning som startet i 1999 ved etableringen av Undervisningssykehjem. Bakgrunnen for denne satsningen var gjennom Nasjonalt geriatriprogram, Statens helsetilsyn i 1996. Institutt for sykepleievitenskap, ved universitetet i Oslo fikk oppdraget med å utvikle en landsomfattende plan for undervisningssykehjem. Formålet med denne satsningen var å bidra til økt kvalitet i eldreomsorgen bl.a. gjennom et økt fokus på forbedrings og utviklingsarbeid og ett tettere samarbeid med utdanningsinstitusjonene (Strategi for utvikling gjennom kunnskap, Helsedirektoratet 2010).

I 2004 ble det bestemt å satse videre på Undervisningssykehjemsmodellen. Satsningen nå ble forankret i St. meld nr. 25 (2005 – 2006) ”Mestring, muligheter og mening, Framtidens omsorgsutfordringer”, Omsorgsplan 2015 og delplanen ”Kompetanseløftet 2015”. En viktig forutsetning i den ”nye” satsningen på utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenesten (fra 2009) er å etablere ett forpliktende samarbeid på tvers av utdanningsinstitusjoner, Fylkesmann, utvalgte kommuner og stat. En annen viktig forutsetning er forpliktelse til erfarings- og kunnskapsdeling på tvers av kommunegrensene. Helsedirektoratet har satset på ett utviklingssenter for sykehjem og ett for hjemmetjenester i hvert fylke.

En nasjonal satsning på Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester skal bidra til gode pleie og omsorgstjenester i kommunene. Den nasjonale satsingen skal understøtte gode lokale initiativ til kvalitetsforbedring og være et virkemiddel for implementering av nasjonale føringer.

Helsedirektoratets visjon for utviklingssentrene er: Utvikling gjennom kunnskap.

Visjonen uttrykker et ideal for dagens og framtidens omsorgstjenester; et ideal om kunnskapsbaserte tjenester i kontinuerlig forbedring og utvikling, tjenester der de ansatte reflekterer over praksis og omdanner konkrete erfaringer til kunnskap (Strategi for utvikling gjennom kunnskap, Helsedirektoratet 2010).

Hovedmålsettingen for Utviklingssentrene er:

- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er pådriver for kunnskap og kvalitet i sykehjem og hjemmetjenester i fylket.

Delmålsettinger for utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenesten er:

- Pådriver for fag- og tjenesteutvikling innen lokalt og nasjonalt definerte satsningsområder.
- Pådriver for videreutvikling av praksistilbudet til elever, lærlinger og studenter.
- Pådriver for kompetanseutvikling hos ansatte.
- Tilrettelegger for forskning og utvikling i helse og omsorgstjenestene.

Disse målsettingene operasjonaliseres bl.a. ved at utviklingssentrene samarbeider med de kommunale omsorgstjenestene i sin region, regionale utdanningsinstitusjoner og relevante fag og forskningsmiljøer slik som bl.a. Sentre for omsorgsforskning.

Utviklingssentrene har, som tidligere omtalt, en viktig funksjon når det gjelder spredning av kunnskap i regionen. I denne kartleggingen var det derfor interessant å finne ut i hvor stor grad både ledere og mellomledere i omsorgstjenestene kjenner Utviklingssentrene og deres aktiviteter.

I dette kapitlet vil vi først se litt nærmere på bakgrunn og intensjon med etablering av utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester, deretter vil vi presentere og drøfte fra intervjuene av lederne for utviklingssentrene i regionen om omsorgstjenestens møte med mennesker med minoritetsbakgrunn. Dernest følger drøfting av deres rolle som kunnskapsbaser for kommunene i arbeidet med å styrke kunnskapen om omsorgstjenestens møte med mennesker med innvandrerbakgrunn.

9.1 Kommunenes kjennskap til utviklingssenteret i sin region

I undersøkelsen spurte vi om hvor god kjennskap den enkelte i utvalget hadde til utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjeneste i sin region.

Vi har valgt å spørre om kjennskap til utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester hver for seg.

Tabell 41 Hvor god kjennskap har du til utviklingssenter for sykehjem og deres aktiviteter i din region

<i>Kategori</i>	<i>Antall</i>	<i>Prosent</i>
Meget god kjennskap	46	28
God kjennskap	70	43
Har lite kjennskap til	48	29
SUM	164	100

Tabellen viser at 71 % respondentene har meget god/god kjennskap til utviklingssenteret for sykehjem og deres aktiviteter i sin region. 29 % oppgir at de har lite kjennskap til utviklingssenter for sykehjem i sin region.

Tabell 42 *Hvor god kjennskap har du til utviklingssenter for hjemmetjenester og deres aktiviteter i din region*

Kategori	Antall	Prosent
Meget god kjennskap	40	24
God kjennskap	63	38
Har lite kjennskap til	62	38
SUM	165	100

Tabellen viser at 62 % har god kjennskap til utviklingssenteret for hjemmetjenester og deres aktiviteter i sin region. 38 % oppgir at de har lite kjennskap til utviklingssenter for sykehjem i sin region.

Ser vi disse tabellene under ett syntes en tydelig tendens blant respondentene at kommunene i stor grad kjenner til utviklingssentrene. Dette kan også indikere at forventningene er store.

Erfaring viser likevel at det er en vei å gå fra det å kjenne til – til det å anvende. Dette viser at det er viktig for utviklingssentrene både å utvikle og styrke spredningen av sine aktiviteter regionalt. Viktig blir det også å vedlikeholde og styrke samarbeidet med sentrale aktører som fylkesmann, utdanningsinstitusjoner og forskningsmiljøer som kan være med på og gi rom og viktige arenaer for kunnskapsspredning.

Gjør vi en sammenlikning av kunnskapen om utviklingssentrene i regionen med Senter for omsorgsforskning Sør om kjennskapen til både senteret og aktivitetene finner i følgende:

9.2. Den mangfoldige omsorgen - et samarbeid mellom utviklingssentrene og Senter for omsorgsforskning Sør

Prosjektet: ”Omsorgstjenestens møte med mennesker med minoritetsbakgrunn” er et eksempel der de regionale utviklingssentrene i samarbeid med Senter for omsorgsforskning – Sør har identifisert område som den kommunale omsorgstjenesten regionalt har behov for kunnskapsutvikling og utviklingsarbeid i forhold til.

I denne kartleggingen har medarbeidere ved utviklingssentrene i Vest-Agder, Telemark og Vestfold deltatt som prosjektmedarbeidere og alle ledere ved utviklingssentrene har deltatt som informanter gjennom spørreskjema og gjennom intervju foretatt av prosjektmedarbeiderne.

Data fra prosjektet vil på denne måten lettere kunne formidle tilbake til utviklingssenteret og anvendes direkte ut i praksisfeltet.

Samarbeidet som her er inngått er i tråd med strategiene som ligger for samarbeidet mellom utviklingssentrene og regionale senter for omsorgsforskning.

9.3 Utviklingssentrene som kunnskapsbaser for kommuner med brukere med innvandrerbakgrunn

I dette avsnittet vil vi se nærmere på de data som ble samlet inn i forbindelse med intervjuene av daglige ledere av utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i regionen.

Det første vi spurte om var deres erfaringer med brukere med minoritetsbakgrunn. Deretter litt om hvilke utfordringer en ser i arbeidet med å yte kvalitativt gode tjenester til brukere med innvandrerbakgrunn. Deretter spurte vi om hvordan ansatte med minoritetsbakgrunn anvendes i forhold til brukere og intern opplæring i temaet. Til sist spurte vi om hvordan kunnskapsnivået i enheten var om temaet og om en hadde planer på hvordan en kan møte mennesker med innvandrerbakgrunn på en kvalitativt god måte.

Dataene vil her bli belyst under ett, det vil si at vi omtaler utviklingssentrene under ett. Der det er vesentlige forskjeller mellom utviklingssenter for hjemmetjenester og utviklingssenter for sykehjem vil dette bli omtalt spesielt.

9.3.1 Utviklingssentrenes erfaringer med brukere med innvandrerbakgrunn

Utviklingssentrene oppgir at de pr i dag har svært få brukere med innvandrerbakgrunn. Erfaringen med brukere med minoritetsbakgrunn er varierende. Det er ved utviklingssentre som ligger i de store byene at erfaringen med slike brukere er størst.

Bevisstheten om at det i framtida vil bli flere brukere med innvandrerbakgrunn er stor, derfor syntes det også å være et viktig framtidig tema.

Bakgrunnen for at erfaringen er liten oppgir flere at det faktisk er liten etterspørsel etter pleie og omsorgstjenester fra brukere med innvandrerbakgrunn. Dette kan være en indikasjon på underforbruk av tjenester for denne gruppa – men dette knytter det seg usikkerhet til. Likevel registrerer flere – spesielt utviklingssentre for hjemmetjenester en økende etterspørsel etter tjenester. Det kan ha sin bakgrunn i bl.a. at eldre innvandrere kan ha fått en mer positiv holdning til de kommunale omsorgstjenestene. Dette støttes også gjennom resultater fra en studie gjennomført av Nergård i 2009.

Utviklingssentrene oppgir at de har nær utelukkende erfaring, med kvinner med minoritetsbakgrunn som brukere.

De erfaringene som utviklingssentrene har finner vi også igjen i vårt øvrige datamateriale som denne rapporten presenterer.

9.3.2 Hvilke utfordringer ligger det i å yte kvalitativt gode tjenester overfor brukere med innvandrerbakgrunn

Intervjudata viser at kunnskap både om kultur, språk, mat, religion og ritualer er viktige i det å kunne tilrettelegge for gode tjenester overfor brukere med innvandrerbakgrunn.

Utviklingssentre med flere brukere syntes å være mer opptatt av temaet enn de med få brukere. Et utviklingssenter har utviklet en egen handlingsplan- Mangfoldig inkluderingsplan.

I denne planen er det gjort avklaringer om hva brukerne kan forvente. Videre er planen ment som et virkemiddel i det å styrke ansatte og tjenesteutøvelsen.

Et av utviklingssentrene oppgir viktigheten av det å kunne styrke kontakten med innvandrer miljøene og deres organisasjoner som en viktig utfordring og læringsarena i tjenesteutvikling.

Et annet utviklingssenter oppgir at ansatte med minoritetsbakgrunn er viktige å anvende i tjenestetilretteleggingen gjennom deres språklige og kulturelle kunnskap.

Etisk refleksjon er høyt på dagsorden i utviklingssentrene. Informantene opplyser at temaet: ”mangfoldig omsorg” i sterkere grad også bør belyses her.

9.3.3 Hvordan vurderes kunnskapsnivået i utviklingssentrene om brukere med innvandrerbakgrunn

Alle sykehjem og hjemmetjenester plikter til å sørge for at medarbeiderne har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter til å utføre sine oppgaver. Dette forutsetter både kartlegging av kompetansebehov og rekruttering av personell med nødvendig kompetanse samt sørge for nødvendig etter og videreutdanning (Overordnet strategi 20011 – 2015, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester.)

I dette ufordres utviklingssentrene til å:

- Prøve ut og dokumentere kompetanseutviklingstiltak i pleie- og omsorgstjenesten som kurs, tverrfaglig gruppeveiledning relatert til klinisk praksis, etter og videreutdanning og mentorordninger. Modeller bør inneholde beskrivelse av overordnede planer, metoder for internundervisning, opplæringsplaner, implementering og metodeverktøy.

Intervjudataene peker i retning at det er behov for kunnskapsutvikling om disse brukergruppene også innen utviklingssentrene. Flere gir uttrykk for behovet om tema dager, kurs og videreutdanning her.

Intervjudata avdekker også at dette prosjektet som her er gjennomført har vært med på å øke bevisstheten i utviklingssentrene om behov for kompetanse og deres rolle som kompetansebase regionalt. Det uttales videre at et samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og Senter for omsorgsforskning og relevante fagmiljøer er viktig i den videre utvikling av kunnskap på området.

10. Avsluttende kommentarer

I dette kapittelet vil vi trekke fram noen hovedfunn i kartleggingen og komme med noen anbefalinger i forhold til dette. For oppsummering av hovedfunnene viser vi til sammendraget.

Kartleggingen viser at kommune bare i noe grad er forberedt på å møte mennesker med innvandrerbakgrunn i den kommunale. Likevel er det grunn til å peke på at kommunene er opptatt av temaet og ønsker å utvikle kunnskap på området slik at en kan tilby gode tjenester overfor denne brukergruppen.

Informasjon om de kommunale omsorgstilbudene overfor innvandrergrupper syntes å være mangelfull. Noen strategi for å utvikle dette i kommunene er mangelfull.

Samhandlingsreformen forutsetter at kommunen skal være forberedt på å ta imot ulike pasientgrupper for oppfølging og viderebehandling når helseforetaket har gjort sitt. Innvandrergrupper er også å en del av disse pasientgruppene. Kunnskap om sykdomsbildet hos innvandrergrupper og god kommunikasjon med pårørende er sentralt i dette. Det er derfor viktig at helseforetaket også får en rolle i framtidig opplæring av det kommunale omsorgspersonellet overfor disse gruppene.

I arbeidet med å styrke kompetansen i kommuner og enheter anvender kommunene bl.a. egne ansatte med innvandrerbakgrunn i dette. Dette er en viktig ressurs og må ivaretaes, likevel er det viktig at en kombinerer dette med kunnskap gjennom utdanningstilbud av kortere eller lengre varighet for å styrke den totale kompetansen.

I dette ligger det et viktig ansvar på utdanningsinstitusjonene som utdanner velferdsstatens profesjoner. Det er viktig at omsorgstjenester til brukere med innvandrerbakgrunn settes på dagsorden i utdanningsinstitusjonene slik at en i framtida. Kultur., religion, kommunikasjon og bruk av tolk og tolketjenester blir viktige temaer i dette.

Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester vil i framtida bli viktige kunnskapsbaser for kommunene. Det er derfor viktig at utviklingssentrene styrker sin fagkompetanse på området. Dette er viktig med bakgrunn i at ikke alle kommuner vil ha mulighet og ressurser til å bygge opp nødvendig kompetanse på egenhånd.

Bevissthet om bruk av tolk er også ikke helt tydelig i kartleggingen. Mangel på tolker og mangel på kunnskap om avendelse av tolk syntes å være utbredt. Dette kan ha sin årsak i mangel på autoriserte tolker. Det er derfor viktig at utdanningskapasiteten for tolker økes og kunnskapsgrunnlaget om bruk av tolk styrkes.

Flere kommuner oppgir at omsorgstjenester til brukere/framtidige brukere ikke er et tema i den kommunale omsorgsplanen. Dette er tankevekkende med hensyn på de kunnskapsbehov som ligger i dette.

Kartleggingen viser ansatte som har erfaringer med tjenester til innvandrere legger vekt på positive erfaringer og at det er faglig utviklende og spennende å finne gode løsninger på omsorgsbehov. I dette ligger også betydningen av en individuell tilnærming.

Hvordan kan en så styrke både kunnskap om og omsorgstilbudet for innvandrergrupper? Dette er et omfattende spørsmål som denne kartleggingen ikke kan gi et entydig svar på men det går an å peke på noen sentrale forutsetninger, for å øke sjansene til å være godt rustet til de økte utfordringene:

- Omsorg for mennesker med innvandrerbakgrunn må også bli sterkere fokusert i de kommunale omsorgsplanene.
- Kunnskapsnivået om innvandrergruppenes kultur, religion, språk og helse må styrkes i den kommunale omsorgssektoren gjennom blant annet kurs og utdanningstilbud i regi av utviklingssentrene, helseforetakene eller utdanningsinstitusjonene. Innen helse gjelder dette spesielt demens og psykisk helse.
- Økt kunnskap om anvendelse av livshistorier og individuelle behov.
- Utvikle gode strategier for forventningsavklaring til tjenestene i innvandrergupper. Jf. Ingebretsen og Romøren 2005.
- Utvikle en god informasjonstrategi opp mot innvandrergupper om omsorgstjenesten og de tilbud som kommunene gir.
- Utvikle og styrke det tverrfaglige samarbeidet i kommunen og gjennom dette utvikle gode omsorgstrategier slik at det kan bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig å ha en aktiv og meningsfull tilværelse med andre.
- Kommunene må ha fokus på å utvikle gode og kultursensitive organisasjonsformer i omsorgstjenesten der en vektlegger oppmerksomhet og anerkjennelse av kulturelle forskjeller og individuell identitet.
- Etablere samarbeid mellom innvandrergruppenes interesseorganisasjoner og den kommunale omsorgstjenesten.
- Bruke personer mennesker med innvandrerbakgrunn som viktige ressurser innen omsorgstjenesten både som utøvere og frivillige.
- Ikke utvikle særomsorg overfor innvandrere men en god individuell omsorg som alle grupper har krav på.

Dette er et svært utfordrende felt der ressurser både knyttet til opplæring og oppfølging av omsorgspersonell er viktig. Rammer, regelverk, kunnskap om innvandreres bakgrunn og forutsetninger er det viktig kunnskap i omsorgstjenesten.

Ufordringene som her skisseres er ikke uoverkommelige. Det må etableres et godt og aktivt samarbeid mellom både kommuner, utviklingssentre, sentere for omsorgsforskning, utdanningsinstitusjonene, interesseorganisasjonene for innvandrere og fagorganisasjonene der dette er hensiktsmessig. Samhandlingsgrupper regionalt må også sette dette på dagsorden når implementering av Samhandlingsreformen skal behandles.

Forskning og utviklingsarbeid må intensiveres på området. Viktig blir det også å utvikle en god samhandling mellom familier og frivillige organisasjoner/enkeltpersoner i framtida.

Litteraturliste

- Baxter, P. T. W. & Almagor, U. (1978) Observations about Generations, i Fontaine, J. S. La (ed.) Sex and Age as Principles of Social Differentiation. London: Academic press.
- Blom, S (1998) Levekår blant ikke-vestlige innvandrere I Norge. SUB
- Blom S (2008) Innvandreres helse 2005/2006, SUB
- Coleman, J. (1963) The Adolescent Society. New York: The Free Press.
- Daatland og Herlofsen, K. Familie, velferdsstat og aldring, NOVA-rapport 7/04
- Disch, Per G, Vetvik Einar (2009), Framtidas omsorgsbilde – slik det ser ut på tegnebrettet, Rapport 1/2009, Senter for omsorgsforskning Sør
- Gillis, J. R. (1981) Youth and History. Tradition and change in European age relations 1770 present. London: Academic Press.
- Glennerster, H. (1995) The Life Cycle: Public or Private Concern?, i Falkingham, J. & J. Hills The Dynamic of Welfare. The Welfare State and the Life Cycle. London: Prentice Hall/Harvester Wheatsheaf.
- Goth, Ursula Småland (2011), notat upublisert , NAKMI
- Handlingsplan for å fremme likestilling og hindre etnisk diskriminering 2009–2012, Barne og Likestillingsdepartementet
- Hareven, T. K. (1994) Family Change and Historical Change: An uneasy relationship, i Riley, M. W., Kahn, R. L. & Foner, A. (eds.) Age and Structural Lag. New York: John Wiley and Sons.
- Holm-Hansen J, Haaland T, Myrvold, T (2010) Flerkulturelt barnevern, En kunnskapsoversikt NIBR rapport 10/2007
- Ingebretsen, Reidun (2010): Erfaringer med omsorgstjenester for eldre innvandrere. NOVA Rapport 11/10. Ingebretsen, Reidun (2010): Omsorg for eldre innvandrere. Samlede prosjekterfaringer. NOVA Rapport 15/10. Oslo: NOVA.
- Ingebretsen, R og Nergård, T (2007) eldre med innvandrerbakgrunn. Tilpasning til pleie og omsorgstilbudet. NOVA rapport 13/07
- Ingebretsen R, Romøren, T I (2005): Omsorgstjenester med mangfold? NOVA-rapport 9/05
- Ingebretsen R, Guntvedt, OH (1993) Eldresentre på nye veier NGI raport 7-1993
- Jareg K, Pettersen Z (2007) Tolk og tolkebruker – to sider av samme sak. Fagbokforlaget
- Jones, G. & C. Wallace (1992) Youth, Family and Citizenship. Buckingham: Open University press
- Kriegel, A, (1978) Generational Difference: The History of and Idea, i Dædalus. Journal of the American Academy of Arts and Sciences. Fall 1978, vol. 107 no. 4.
- Lingsom, S (1994) Voksne barn – gamle foreldre, Aldring og eldre 1994/4
- Mannheim, K. ([1927]1982) The Problem of Generations, i Jencks, C. (ed.) The Sociology of

Mead, M. (1970) *Culture and Commitment: A Study of the Generation Gap*. New York: Basic Books. Childhood. London: Batsford Academic and Educational Ltd.

Emine Kale 2010, seminar i helsedirektoratet 2010

Mitterauer, M. (1986) *Sozialgeschichte der Jugend*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Nergård, Trude (2009) *Mangfoldig omsorg. Tre innvandregrupper forteller om sine forventninger til alderdommen*, NOVA-rapport 16/09

Rowntree, S. ([1901]1922) *Poverty: A Study of Town Life*. New York: Howard Fertig.

Rozak, T. (1969) *The Making of a Counter Culture*. New York: Doubleday.

Sogner, S. (1990) *Far sjøl i stua og familien hans. Trekk fra norsk familiehistorie før og nå*. Oslo: Universitetsforlaget.

SUB (2011)- befolkningsstatistikk

St. meld. 39 (1987 – 88) *Om innvandringspolitikken*, Kommunal og regional departementet

St.meld. nr. 49 (2003-2004): *Mangfold gjennom inkludering og deltakelse - Ansvar og frihet*.

St. meld. 25. (2005 – 2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Helse og omsorgsdepartementet

St. meld. nr. 20 (2006–2007) ”*Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller og nasjonal helseplan*”. Helse og omsorgsdepartementet

Strategi for utvikling gjennom kunnskap, Helsedirektoratet 2010

Sugarman, L. (1990) *Life-Span Development. Concepts, Theories and Interventions*. London: Routledge.

Sundt, E. (1967) *Om giftermål i Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vi tar det vi har” *Om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo* NAKMI-rapport 2/2000

Wildavsky, Aron (1974) *Planning and budgeting in poor countries*, New York

Østby, L, (2009) *Myter og realiteter om innvandring*, Gerontologiske skrifter nr 4.

Vedlegg figur og tabell oversikt

Figur oversikt

Figur 1. *Vekst i innvandrerbefolkning fra 1970 – 2005*

Figur 2. *Innvandrerbefolkningen fra ikke vestlige land basert på statistikk fra 2007 i kommunene 2007 ikke-vestlige land i prosent*

Tabell oversikt

Tabell 1. *Personer med ikke vestlig bakgrunn over 50 år, fordelt på femårsgrupper*

Tabell 2 *Fordeling i Vest-Agder fylke*

Tabell 3 *Fordeling i Vest-Agder fylke, Afrika, alder og kjønn*

Tabell 4 *Fordeling i Vest-Agder fylke, Asia med Tyrkia, alder og kjønn*

Tabell 5 *Fordeling i Vest-Agder fylke, Sør og mellom Amerika, alder og kjønn*

Tabell 6 *Fordeling i Aust-Agder fylke*

Tabell 7 *Fordeling i Aust-Agder fylke, Afrika, alder og kjønn*

Tabell 8 *Fordeling i Aust – Agder fylke, Asia med Tyrkia, alder og kjønn*

Tabell 9 *Fordeling i Aust-Agder fylke Sør og mellom Amerika, Kjønn og aldersfordeling*

Tabell 10 *Fordeling i Telemark fylke*

Tabell 11 *Fordeling i Telemark fylke Afrika, alder og kjønn*

Tabell 12 *Fordeling i Telemark fylke Asia med Tyrkia, aldersfordeling og kjønn*

Tabell 13 *Fordeling i Telemark fylke Sør og mellom Amerika*

Tabell 14 *Fordeling i Vestfold fylke*

Tabell 15 *Fordeling i Vestfold fylke Afrika, alder og kjønn*

Tabell 16 *Fordeling i Vestfold fylke Asia med Tyrkia, alder og kjønn*

Tabell 17 *Fordeling i Vestfold fylke, Sør og mellom Amerika, alder og kjønn*

Tabell 18 *Fordeling i Buskerud fylke*

Tabell 19 *Fordeling i Buskerud fylk, e Afrika alder og kjønn,*

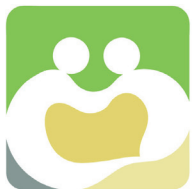
Tabell 20 *Fordeling i Buskerud fylke, Asia med Tyrkia, alder og kjønn*

Tabell 21 *Fordeling i Buskerud fylke, Sør og mellom Amerika, aldersfordeling og kjønn*

Tabell 22 *Svarfordeling å spørreskjemaundersøkelsen etter fylke*

Tabell 23 *Svargivers stilling*

- Tabell 24 *Antall og fagbakgrunn til respondentene i spørreskjemaet*
- Tabell 25 *Hvordan vurderes kompetansen i omsorgstjenesten i forhold til det å utøve/utøve i framtid tjenester til mennesker med innvandrerbakgrunn*
- Tabell 26 *Hvordan vil du vurdere din enhets kompetanse i forhold til det å utøve/utøve i framtid tjenester til mennesker med innvandrerbakgrunn*
- Tabell 27 *Om en har arbeidstakere som kan tenke seg å gjennomføre en videreutdanning med fokus på flerkulturelle spørsmål ved en av høghskolene i regionen?*
- Tabell 28 *Om en har arbeidstakere som kan tenke seg å gjennomføre kurs/seminar med fokus på flerkulturelle spørsmål i regi av utviklingssettene?*
- Tabell 29 *Hvor vil du henvende deg om du skulle trenge råd i forbindelse med arbeidet med brukere med innvandrerbakgrunn*
- Tabell 30 *Er det utarbeidet informasjonsmateriell om omsorgstjenesten på ulike språk i din kommune?*
- Tabell 31 *Hvordan blir tjenestetilbudet i omsorgstjenesten generelt gjort kjent for mennesker med innvandrer bakgrunn i kommunen*
- Tabell 32 *Nyttiggjøres erfaringer fra andre deler av det kommunale apparatet i informasjonsformidling om tjenester til mennesker med innvandrerbakgrunn*
- Tabell 33 *På hvilken måte får en på kommunalt nivå vite om mennesker med innvandrerbakgrunn som har hjelpebehov*
- Tabell 34 *Om omsorgstjenesten anvender tolk, hvem fungerer mest som tolk*
- Tabell 35 *I hvilken grad bruker kommunen autorisert tolk i omsorgstjenesten*
- Tabell 36 *Budsjetter kommunen med bruk av autorisert tolk*
- Tabell 37 *Har din enhet ansatte med minoritetsbakgrunn*
- Tabell 38 *Hvilke tjenestetilbud mener du til nå har vært mest benyttet av mennesker med innvandrerbakgrunn*
- Tabell 39 *Opplevs det at brukere med innvandrerbakgrunn har behov for spesiell tilrettelagt omsorg/behandling*
- Tabell 40 *Er temaet: Mangfoldig omsorg omtalt i omsorgsplanen i din kommune*



Senter for
omsorgsforskning
S Ø R